



Número: **0025419-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE BRUNO CORREIA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70906025	16/11/2020 14:43	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BRUNO CORREIA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04146

CONTA: 000001015151-7

Nr. da Autenticação D0E096547095A6F2



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
157-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE DE LIMA CORREIA PROX. A LAGOA DO FERNANDO CPF: 041.489.304-42	DATA DE VENCIMENTO 15/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/01/2020	CONTA CONTRATO 001914038010
	TOTAL A PAGAR (R\$) 149,88	DATA DA APRESENTAÇÃO 08/01/2020	Nº DO CLIENTE 2002172366
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI NICACIO 580 ✓ AVENIDA RURAL/AVENCA 5810-000 GRAVATA PE			
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO B24B.F7F3.3398.BCDB.29FA.E7DB.1DCC.A167			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	174,00	0,42656182	73,94
Consumo Ativo(KWh)-TE	174,00	0,35875625	61,34
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,27
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,26
ICMS Subvencão-CDE-UF 030021723-08/10/19			1,08
Contribuição CERAPE - (081) 3722-8000			2,00
TOTAL DA FATURA			149,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIG			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
137,55	25,00	34,38	137,65	0,90	1,23	137,55	4,15	5,70

TAXAS APLICÁVEIS				HISTÓRICO DO CONSUMO			
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	0,29852000	JAN 20	171				
Consumo Ativo(KWh)-TE	0,25995000	DEZ 19	198				
		NOV 19	173				
		OUT 19	169				
		SET 19	140				
		AGO 19	148				
		JUL 19	137				
		JUN 19	144				
		MAY 19	169				
		ABR 19	157				
		MAR 19	165				
		FEV 19	158				
		JAN 19	141				

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
RE	%	VALOR	%
Geração de Energia	44,79	32,58	21,74
Transmissão	4,96	3,69	2,45
Distribuição (Cabo)	30,01	22,89	15,28
Encargos Setoriais	7,24	5,12	3,42
Tributos	11,21	8,33	5,56
Perdas de Energia	5,46	4,07	2,72
TOTAL	100,00	149,88	100,00

EM ATÉ 45 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Receb	Valor
18/12/19	08/01/20	473,77

Esta comunicação NÃO substitui nota de débito emitida e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a subtenção de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme as condições definidas no Art. 88 REN 414/Aneel. Podem ocorrer após de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
X16911	CAT	11/12/2019	23,965	08/01/2020	24,127	29	1,00000	0,00	174,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
DIC- No. de horas sem Energia	PASSIVA	0,01	11,20	22,61	45,22
FIC- No. de vezes sem Energia		2,00	7,38	15,18	30,39
DWIC- Duração máxima de Interrupção em horas		0,40	0,49	0,60	0,60

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Pague no ponto mais perto de você! ag comércio grosso: preço padre rodolfo de moraes moreira centro / tao digital: r pe joaquim cavalcante 83
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 Cobrança ICMS sobre subvencão CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res-41/ANEEL), Juros 1%an(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
 Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilização no ciclo em que ocorrer a suspensão.
 O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 591/13.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

DESTAQUE AQUI	CONTA CONTRATO 001914038010	MÊS/ANO 01/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 149,88	VENCIMENTO 15/01/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
----------------------	---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
157-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE DE LIMA CORREIA
PROX. A LAGOA DO FERNANDO
CPF: 041.489.304-42

DATA DE VENCIMENTO
15/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
149,88

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
08/01/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
08/01/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
091432081

CONTA CONTRATO
001914038010
Nº DO CLIENTE
2002172366
Nº DA INSTALAÇÃO
0001302375

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI NICACIO 580
AVENIA RURAL/AVENCA
58100-000 GRAVATA PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
B24B.F7F3.3398.BCDB.29FA.E7DB.1DCC.A167

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	174,00	0,42656182	73,94
Consumo Ativo(KWh)-TE	174,00	0,35875625	61,34
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,27
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,26
ICMS Subvengão-CDE-UF 030021723-08/10/19			1,08
Contribuição CERAPE - (081) 3722-8000			2,00
TOTAL DA FATURA			149,88

EM ATÉ 45 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Recev	Valor
18/12/19	08/01/20	473,77

Esta comunicação NÃO substitui nota de débitos existentes e NÃO contém débitos em discussão judicial. Caso a subtenção de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme as condições definidas no Art. 88 REN 414/Aneel. Podem ocorrer após de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPD e SERASA.

Tributos Aplicáveis		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(KWh)-TUSD	0,29852000	JAN 20	171
Consumo Ativo(KWh)-TE	0,25795000	DEZ 19	198
		NOV 19	173
		OUT 19	169
		SET 19	140
		AGO 19	148
		JUL 19	137
		JUN 19	144
		MAY 19	167
		ABR 19	159
		MAR 19	165
		FEV 19	158
		JAN 19	141

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIG			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
137,55	25,00	34,38	137,65	0,90	1,23	137,55	4,15	5,70

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
X16911	CAT	11/12/2019	23.966,00	08/01/2020	24.127,00	26	9,0000	0,00	174,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
DIC-No. de horas sem Energia	PASSIVA	0,01	11,30	22,61	45,22
FIC-No. de vezes sem Energia		2,00	7,38	15,18	30,39
DANO-Duração máxima de Interrupção em horas		0,40	0,49	0,60	0,60

DECLARAÇÃO de Interrupção em dia crítico: **Limite DSCR: 10,50**

EUUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 21,02

Esta Consumidor pode solicitar a suspensão das indicações DIC, FIC, DMC e DCR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! ag comércio grosso: preço padre rodolfo de moraes moreira centro / tao digital: r pe joaquim cavalcante 83
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvengão CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res-41/ANEEL), Juros 1%an(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 591/13.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001914038010	01/2020	149,88	15/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**





IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 381516
 PACIENTE: JOSINALDO JOSE DA SILVA
 GENITORA: MARIA DO CARMO DE MEDEIROS SILVA
 DATA DE NASCIMENTO: 20/09/1966 IDADE: 52
 ENDEREÇO: RUA PAULO APOLINARIO DA SILVA Nº: 108
 BAIRRO: LOTEAMENTO SERRA GRANDE CIDADE: GRAVATA UF: PE CEP:
 PONTO DE REFERENCIA: ACOMPANHANTE: MARIO

DATA: 17/05/2019
 HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 18:49

CNS:
 TELEFONE: (81) 9235-1995

SEXO: Masculino COR: Sem informação
 Nº: 108

HDA

Vítima de violência física - golpe
 cabeça com sinais de hematomas e fraturas
 cabeça com fratura do osso
 EBR do sistema (foco)

EXAME FÍSICO

Edema e hematomas em dorso
 e no dorso
 conferi original
 original
 (M)

EXAMES SOLICITADOS

RA do osso e do crânio
 PUNTA RA RENOCLINICA

HD

TLE

S68109M
 S68109M

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Manoel P. da Cunha
 Médico
 CRM 24494/PE



HOSPITAL DA RITA TAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 17/05/2019 22:11

Nome Paciente: JOSINALDO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/09/1966
Sexo: Masculino
Idade: 52
Senha: U0065
Convênio:
Atendimento: SAME:

Período: 17/05/2019 22:13 - 17/05/2019 22:14

SYNTHIA TORRES DE ASSIS - COREN: 336929 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE COLISÃO MOTO - POSTE HA 4 HORAS, USO DE CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA HA E, ALGO DESORIENTADO. EDEMA EM FACE. CONSCIENTE E ORIENTADA.

Observação: SENHA: 5686094
Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR
Discriminador(es): - DOR MODERADA?
Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

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

17/05/19 23:50 Cirurgia geral

paciente vítima de colisão moto-poste. Apresentando agitação
hiper-motora. Com trauma de tórax.

em Glasgow 2.

Col: IOT + Sinalização Sa. Hb: 147 + ur + cr.

Encaminhado à TC

Dra. Odair Molgaard
Médica
CRM-PT-21854

05:00

CG

Paciente em IOT, extubado hemodinamicamente.
TAC de tórax: mostra pequena derrame pleural a direita, sem
evidência de pneumotórax.

TAC de abdome Não evidências líquidas livres ou pneumoperitônio.

Acolhido(a) por: SYNTHIA TORRES DE ASSIS - COREN: 336929 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/05/2019 22:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT.		P.A.	120 x 70 mmHg
F.C.		F.R.			

SRL S00ML 6NS

[Signature]
 Dr. Nelson Manoel P. da Cunha
 CRM 24494/PE

ALTA

HORA:

DATA:

CURADO
 MELHORADO
 A PEDIDO
 TRANSFERIDO
 ADMINISTRATIVO
 ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS





Prefeitura de
GRAVATÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gravatá, 23 de maio de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sr. **JOSINALDO JOSÉ DA SILVA** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 17 de maio de 2019, vítima de trauma por acidente motociclístico, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral
COREN 103674

Jamires Pontes
Jamires Pontes
Enfermeira
COREN 103674

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá

Endereço: Rua XV de Novembro, 121 – Nossa Senhora das Graças – Gravatá - PE

CEP: 55.642-550 Fone/Fax (81) 3563-9024/9025.

CNPJ: 10.710.822/0001-10

saude@prefeituradegravata.pe.gov.br

www.prefeituradegravata.pe.gov.br



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1678745

Nome: JOSINALDO JOSÉ DA SILVA

Foi atendido às 22:22 hs. do dia 17/05/2019

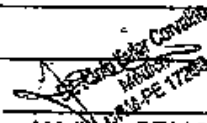
Diagnóstico Provável: ① Queda de moto, dano colisão
motociclista
② Traumatismo craniocéfalo grave
③ Presunção traumática
④ Infecção do trato respiratório

Tratamento Realizado: Managem triaca fechada
insuficiência respiratória e assistência
ventilatória mecânica

Paciente evoluiu se internado no
UTI deste serviço sem pedidos de alta
hospitalar.

Observação: Recife, 22/05/19

Cópia de:



Medic - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade de tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1428649/2019.

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA.

Foi atendido às 22h22 do dia 17.05.2019.

Diagnóstico provável: Politrauma
TCE grave com fratura de base de crânio e HSAE
à direita

Insuficiência renal crônica
puerperal à direita

ITR nosocomial (casos muito x poste)
Tratamento realizado:

Hemodiálise

Fisioterapia motora / respiratória

Drenagem torácica fechada à direita (18/5/19)

Exames complementares

Trat. de suporte clínico

Obs.

Antibióticos

Alte em 18.07.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 21.08.2019

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAMC
CRM: 7474

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572



Consultórios Médicos de Gravatá

Fone: 3533.3888 / 3533.3892

CARDIOLOGIA
(Eletrocardiograma)

COLPOSCOPIA

CITICLOGIA
ONCÓTICA
(Prevenção de Câncer
Ginecológico)

CLÍNICA MÉDICA

DERMATOLOGISTA

OFTALMOLOGISTA
(Oculista)

GINECOLOGIA E
OBSTETRICIA

PSIQUIATRIA

LABORATÓRIO DE
ANÁLISES

MEDICINA DO
TRABALHO

ENDOSCOPIA

PEDIATRIA

PSICOLOGIA

ORTOPEDISTA

ULTRASSONOGRAFIA

ORÇOLOGIA

1574/1574-01-125-1237-2549-8541

<u>CAUSO</u>	<u>DT DA MEMORIA EM GOIÁS</u>
DE CANSO	PARA AS REVISÃO
FANS	QUE JORNAL DO
JOSE DA	SOMA APARELHA
DETRA	AUTOTONO MEMO-
SEMPRE	DE GRAM
MORÉNO	À JANEIRA, E GRAM
PROFUNDO	À ESTRELA LAROS
TRABALHO	PARANANA.
	CD: H90.3
11/04/19	

Não vale como receita

Av. Quinze de Novembro, 159 - Lj 01/02 - Nossa Senhora das Graças - Gravatá - PE
(Em frente ao antigo Hospital Virgínia Guerra)

Volta até 15 dias com o mesmo médico



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

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Josinaldo José da Silva NÚMERO DO SINISTRO: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	<u>17.05.2019</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	<u>17.05.2019</u>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	<u>Josinaldo José Silva</u>		<u>5128353</u>
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	<u>Paciente teve colisão moto x poste. Apresentou TCE grave com fratura de base crânio. Teve perda da audição com</u>		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	<u>exame audiológico auxo Perda auditiva sensorioneural grau moderado 2,3,4,6,8 KHz no ouvido direito e perda auditiva de grau profundo no ouvido esquerdo. Ao RNM</u>		
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<u>() SIM (X) NÃO Apresente fratura com deslocamento infratentorial da parede medial da órbita direita. Fid 502.1 Lesão 100%</u>		
COM RELAÇÃO A 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	<u>sequela fratura base crânio</u>
2º	<u>alta otite média e fr. timpica</u>
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: Vitoria Sto Antão DATA: 3.2.20 ASSINATURA E CARIMBO: Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 28071/MG





CONSULTÓRIOS MÉDICOS

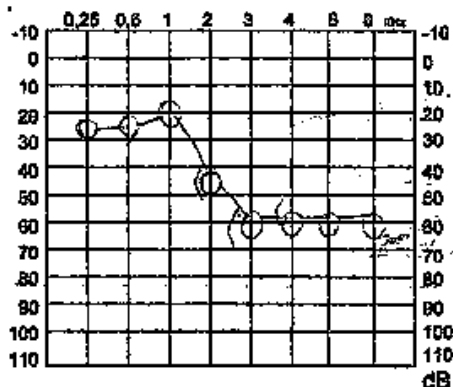
Av. 15 de Novembro, 159 - Centro - Gravata - PE (01) 35333888

Nome: JOSINALDO JOSE DA SILVA Idade: 52 ANO

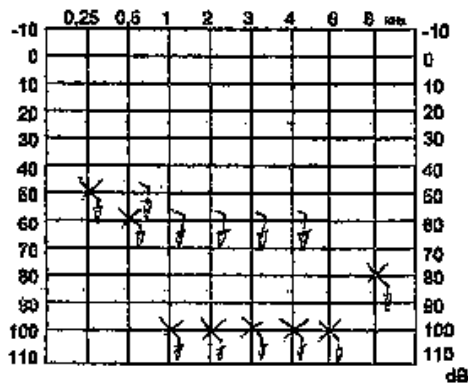
Solicitação: Da PABLO LUCENA Data: 20/08/19 Sexo: M (X) F ()

EXAME AUDIOLÓGICO

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



Mascaramento

OD	VA:	
	VO:	
OE	VA:	
	VO:	ATE 70dB

Índice de Reconhecimento da Fala

		dB	%	Mascaramento
OD	Mono			
	Dis			
	Tris			
OE	Mono			
	Dis			
	Tris			

Limiar de Reconhecimento da Fala

	dB	Mascaramento
OD		
OE		

Limiar de Detecção Fala

	dB	Mascaramento
OD		
OE		

Laudo: PERDA AUDITIVA SENSORIO-NEURAL DE GRAU MODERADO NAS FREQUÊNCIAS DE 2, 3, 4, 6 E 8 KHz NO OUVIDO DIREITO COM DE MAIS FREQUÊNCIAS AUDIÇÃO NORMAL PERDA AUDITIVA DE GRAU PROFUNDO NO OUVIDO ESQUERDO.

Klevis Maranhão Ferreira
Fonoaudiólogo
CRFa 4-8579

Klevis Maranhão
Fonoaudiologia
CRFa 4-8579





NOME DO PACIENTE: JOSINALDO JOSÉ DA SILVA

SOLICITANTE: DR.(A) DAMIAO FABRICIO

CONVÊNIO: PARTICULAR

EXAME: RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL COM CONTRASTE



NÚMERO DO PACIENTE: 330444

NÚMERO DA REQUISIÇÃO: 868197

DATA: 27/08/2019

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DOS CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS

Técnica: Estudo realizado com técnica spin-eco ponderada em T1 nos planos axial e turbo spin-eco ponderadas em T2 nos planos axial e coronal. Realizada ainda seqüência T1 pós-contraste nos planos axial e coronal. Realizada imagens complementares do encéfalo na seqüência FLAIR.

Análise das imagens:

Preenchimento das células mastoideas bilateralmente por tecido com alto sinal em T2, inespecífico podendo representar otomastoidopatia inflamatória ou acúmulo de secreção relacionado ao trauma prégresso.

Condutos auditivos internos com calibre preservado bilateralmente.

Cócleas, canais semi circulares e vestibulos com configuração anatômica e sinal normal.

Complexo do sétimo e oitavo nervos cranianos com sinal, morfologia, contornos e espessura normais bilateralmente.

Tronco cerebral e cerebelo com sinal, morfologia e contornos preservados.

IV ventrículo mediano, com morfologia e dimensões normais.

As imagens complementares do encéfalo na seqüência FLAIR demonstrou área de gliose/encefalomalácia fronto-basal e no pólo temporal direito, de aspecto contusional.

Conclusão:

Preenchimento das células mastoideas bilateralmente por tecido com alto sinal em T2, inespecífico podendo representar otomastoidopatia inflamatória ou acúmulo de secreção relacionado ao trauma prégresso.

Nota:

Fratura com infradesnívelamento da parede medial da órbita direita.

OBS:

Para melhor avaliação de eventuais traços de fratura nos ossos temporais, conveniente correlação com estudo de tomografia computadorizada a critério clínico.

CENTRO DIAGNÓSTICO MANOEL FLORENCIO

Dr.(a) EDUARDO SATO

CRM 152454

Estamos realizando os exames de PET-CT e Medicina Nuclear (Cintilografia).



Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

98203-5780 -> ALISON
98307-2072 -> S. V. V. V.

NOM
JMM

1428649

Data e Hora de Atendimento:
17/05/2019 22:22

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1678745 Paciente: JOSINALDO JOSE DA SILVA
Data de nascimento: 20/09/1966 Idade: 52a 7m 26d Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: MARIO JOSE DE SANTANA

CCO ID / Data expedição: 9120353 / Mãe: MARIA DO CARMO DE MEDEIROS SILVA
Pai: JOSE ULISSES DA SILVA Cartão SUS: 898004002751157

Endereço: SÍTIO VOLTA DO RIO Número 1
Bairro: ZONA RURAL Complemento:
Cidade: GRAVATA UF: PE Telefone: 993072042

Ocorrências: Acidente de Trabalho (Arvore, Muro, Poste) 98809 2043

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE TRABALHO / ACIDENTE COLISAO (ARVORE, MURO, POSTE)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social: 20/05/2019

Confirmação de nome: a família em 20/05/19 Fones: Assistente Social

Confirmação de endereço: a família em 20/05/19 Assistente Social

Providências: Alta Caso Social

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

Outros Observação: Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de queda de moto, dor, lesão de moto com perda total de orientação em ambas as mãos quanto a localidade e direção.

SES HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA
DATA: 17/05/2019 HORA: 22:22

Atendimento Médico
Estado de consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não
Estado de Transito: Sim Não Tipo: Transporte realizado Por: Não
Imobilização Cervical: Sim Não Sofreu Queda: Sim Não Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por Quê? Resposta: Não

Exame Físico:
Sinal Via aérea está pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp:

ECG, consciente desorientado, agitado, hemiparético
Respiratório: MV @ em 24x, S/RA. FR: 22x/min D2: 97%
Culatório: PA: X mm. Pulso: bpm

em 24, BNF, S/S. FC: 88bpm. pulso cheio

PARCIAL DE

SETOR DE ULTRASSOM

EXAME DE





ADMISSÃO NA UTI

NOME: Josinaldo José da Silva
 REG: 1678745 IDADE: 52 CL. ORIGEM: UTI NCR
 ADMISSÃO NO HR: 17/05/2019 ADMISSÃO NA UTI: 21/05/19

QPD + HDA: Ret. última de queda de moto, tipo colisão moto / poste. Evoluiu CI TCE grave / Fratura de base de crânio + HSA. Din. evoluiu CI Rebaixamento de nível sendo IOT Realizada DTFD por pneumotorax a direita traumático. Admitido na UTI entaba sedado, secretivo, mal adaptado a S.M. Sem antibiótico.

ANTECEDENTES:

EXAME FÍSICO GERAL: ECG, Hal adaptado, hipocorado a Febril hidratado.

CV: RR em 2 + BNFIS.

FC = _____ PA = _____ mmHg

R: HV (+) CI Raivos em AMT secretivo IOT em AC DTFD oscilando.

DIÓFEN: R (A+) -

OC: Edema + hematoma em olho (D)

el de Consciência (Glasgow / Ramsay):

ilias: grocéricas (PE) Reflexos: (+) (PE)

ricidade e Sensibilidade:

OCEDIMENTOS INVASIVOS

cco Venoso: Periféricos

Via Aérea: IOT

goc 30 D

Outros: DTFD (18/05/19)



Contenção 18/05 - 05:00

Desenho de Amas de Lã de Vinte e molida.

CD: ① Deixo UDT

② Penar 5UD

③ Reavaliação do CG.

7/05/19
:to

#C6H

MARUS FERREIRA
Médico
CRM-RJ 28470

Realizo Drenagem de tórax fechada em selo d'água
Hem. tórax direito por pneumotórax em tid. Realizo
a antissepsia e assepsia, anestesia local, inserção em L'inf
MÉDIA entre 4-5 espaços intercostais. FOI DRENADO
DE SANGRE. DRENADO ENCONTRA-SE OSCURETE. FOI FIXADO COM
Z-O. Sem intercorrências

CD: ① Solicito Raio x de tórax para avaliar
o DRENHO.

Dr. Neto
Médico
CRM-RJ 1323

18/05/19

NCR

paciente com histórico de colisão de moto, apresenta
otomagia a esquerda.

Realiza fe de colar cervical sem lesões neurocervicais agudas

Tc de Crânio evidencia fratura pequena de base de crânio
que não atinge massa cerebral, Pneumoencefalo pequeno frontal +
HSA7 a direita.

CD: Vigilância neurológica

Acompanhamento com Gc. Gen. Gen. Neurocirurg
Dr. Nivaldo Galvão S.
CRM - RJ 28470/04L
CPF: 085.537.061-78





NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 17/07/2019 09:11

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 17/07/2019

Hora:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENECS: 24/06/19

HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VIL, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS E OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO;
- ANICÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; RCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLÓR A PALPAÇÃO.
- ER: GLASGOW = 11T; PPR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUZAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRADA PARA HOJE
- AG. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM.

Dr. Nivaldo Cordeiro
Médico Assistente
Número 1678745
17/07/2019





NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 17/07/2019 15:44

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 17/07/2019

Horas:

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

#HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

#ANAMNESE:

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM ALTA DE HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS E OUTRAS QUEIXAS.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTAÇÃO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM ZT.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; RIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#CONDUZAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA PARA HOJE
- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM NEFROLOGIA

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2019-07-17 15:44:16
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

REGISTRO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 16/07/2019 09:48

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 16/07/2019

Hora:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/06/19

EH: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO.
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE, NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NÓRMOCGRADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- AC: NV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR: MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDITAS:

- ALTA HOSPITAR
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRÃO PARA HOJE
- S. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Raulo Borges
Neurocirurgia
CRM-PE 27.298





NOME: JOSINALDO JOSÉ DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NÂSC: 20/09/1966

DATA/HORA: 15/07/2019 08:56

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 15/07/2019

Hora:

#IDENTIFICAÇÃO
NOME: JOSINALDO JOSÉ DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENEÇ: 24/06/19

#HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

#ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CARACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECEU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UGEN, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCÓRRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO; FLOCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; P1R; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS;

#CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA PARA HOJE
- AG. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
16/11/2020 14:43:16





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 14/07/2019 13:27

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 14/07/2019

Hora:

IDENTIFICAÇÃO
NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/05/19

HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA Imediata, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UGEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABDRATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DO MUNICIPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACTANÓTICO;
- ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRADA PARA HOJE
- G. TRANSFERENCIA PARA O MUNICIPIO DE ORIGEM

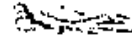
Rafael Cordeiro de Mello Junior





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Masvidal Jose

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

5052121

14/07/18 HD: TCE que
JRC igual - Casemada

Segue estável, com a e sint
apreensão

Bas Diária ± 1300-2/12h (SJC)

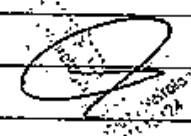
PA 110x60

Ex 14/07: V90
mo 28
K5.3

Ult HD em 09/07 - Está sem
ocorr p/HO

Ed = segue a Casemada
Nova reunião pl definir
necessidade de retorno p/HO.

Paciente precisa fazer entendido
de definição sobre HD


2018-07-14 14:24

COO. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

ROTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 13/07/2019 12:58

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 13/07/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/06/19

DIAGNÓSTICO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UPEN, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE. NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTÁDO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO;
- ANICÉTERICO: NÓRMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR: MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA PARA HOJE
- TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Dr. Heitor G. L. A.
Residência Médica
Cirurgia Geral
13/07/2019





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 12/07/2019 18:37

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 12/07/2019

Hora: 20:52

#IDENTIFICAÇÃO
NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/06/19

HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

#ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANTICÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL; AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR: MQE+; FACIAL: SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS: PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR: PIERRE COM 30 DIAS
- AG. IPARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA PARA HOJE
- AG. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM





NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 10/07/2019 08:44

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 10/07/2019

Hora: 20:52

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENEC: 24/06/19

DIAGNÓSTICO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

#ANAMNESE

- HOA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TOT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCÓRADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T;
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLÓR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARÉCER DA CLÍNICA MÉDICA
- MSG DE VIAS URINÁRIAS PROGRADA PARA HOJE
- LG. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Dr. Manoelito Cordeiro
Médico de Plantão
Núcleo de Hemodinâmica
ITU - 10/07/2019





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 08/07/2019 08:07

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 08/07/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/06/19

DIAGNÓSTICO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

* ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANÍCTERICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM ZT.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

* CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA PARA HOJE
- TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Dr. Nivaldo Gomes
Médico Residente
Clínico Geral





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSÉ DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 05/07/2019 16:00

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 501-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 05/07/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

MISSÃO HR: 17/05/19

MISSÃO SENE: 24/06/19

DIAGNÓSTICO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL; SEM INTERCORRÊNCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM HEMODIALISE PROGRAMADA PARA HOJE.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.

- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCFE E RÍTMICAS EM 2T.

- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO.

- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.

- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

- ALTA HOSPITALAR
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Bruno R. S. Rocha
R. M. M. M. M. M.
CR. 21.116.443





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 03/07/2019 09:01

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 03/07/2019

Hora: 20:52

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/06/19

DIAGNÓSTICO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

#ANAMNESE

HISTÓRIA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECEU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM HEMODIALISE PROGRAMADA PARA HOJE.

#EXAME FÍSICO:

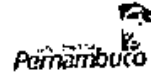
- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDÓLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#CONDUTAS:

ATB
AG. TRANSFERÊNCIA
SOLICITO LAB

Marcilene Cordeiro
Médica Residente
Neurologia
CRM - PE 22506





NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUARIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 02/07/2019 09:05

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 02/07/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/06/19

DIAGNÓSTICO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

ANAMNESE

- HDA; PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBALXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM
HEMODIALISE PROGRAMADA PARA HOJE.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORÁCEOS; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

ATB
AG. TRANSFERÊNCIA
HEMODIALISE HOJE

Dr. Marinho Gomes
Médico Residente
UTI - 1678745





15

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 5678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 01/07/2019 09:20

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 01/07/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENEC: 24/06/19

DIAGNÓSTICO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

ANAMNESE

- HDA; PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM TQT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA CONVENIO

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NÓRMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM ZT.
- ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIPR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSO PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

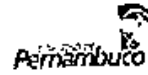
CONDUZAS:

ATB
SOLICITO FONO
SOLICITO PASSAR SNE PELA ENDOSCOPIA
SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA CONVENIO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 27/06/2019 09:43

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/06/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/06/19

PHD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

- ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM INT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA TOSSE E OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: NV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS

AG. FÍSIO MOTORA/RESPIRATÓRIA
AG. FONQ
AG. HEMODIALISE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUARIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 26/06/2019 17:39

ATENDIMENTO: 1429525

Leito LEITO - 03

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 24/06/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

HID: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

ANAMNESE:

HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+MM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO

- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA ENFERMARIA.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO;

- ANICTERICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.

- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNP E RÍTMICAS EM 2T.

- ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.

- EN: GLASGOW = 11T; PPR: NOE+; FACIAL SIMETRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA

NÃO AVALIADA.

- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUZAS:

1. LIBERO PRESCRIÇÃO

2. TC DE CONTROLE

3. AGUARDO LAB

4. FISIS MOTORA/RESPIRATÓRIA

5. FOND





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 24/06/2019 20:53

ATENDIMENTO: 1429525

Leito LEITO - 03

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 24/06/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/06/19

HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM TQT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: IMV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUZAS:

1. LIBERO PRESCRIÇÃO
2. TC DE CONTROLE
3. SOLICITO LAB
4. FISIOTERAPIA/RESPIRATÓRIA
5. FONO


Bruno R. S. Rosado
Resid. Neurocirurgia
CREMEPE 27872



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

LEITO: UCEN 3

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENEC: 24/06/19

#HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

#ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM; COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECEU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO

- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.

- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACÊS; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.

- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.

- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.

- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#EXAME NEUROLÓGICO DETALHADO

1. Inspeção: SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA

2. Funções corticais superiores: AFÁSICO (TQT) E COLABORATIVO.

3. Exame dos nervos cranianos

I - NÃO AVALIADO

II - AVALIAÇÃO COMPROMETIDA POR ESTADO NEUROLÓGICO

III/IV/VI - SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA

V - SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA

VII - SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



ENFERMARIA UEN-3 504-8

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

#HD:

- TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO + HSA.

#CONDUTAS:

1. LIBERAR PRESCRIÇÃO
2. TC DE CONTROLE
3. SOLICITAR LAB
4. FISIOTERAPIA/RESPIRATÓRIA
5. FONO


BRUNO R. S. ROSADO
Resid. Neurocirurgia
CREMEPE 27872

DR.: _____





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1678745	ATENDIMENTO: 01429525
DATA DE NASCIMENTO: 20/09/1966	FOI ATENDIDO EM:	Às
	DATA DA ALTA:	05/07/2019 ÀS 15:57

Diagnóstico Provável:

TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSA TÀ DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

Tratamento Realizado:

CLÍNICO

Observação:

- ALTA HOSPITALAR
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM NEFROLOGIA CONFORME ORIENTADO PELA EQUIPE EM QUESTÃO

Encaminhado para:

RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS

Nandinho Gomes
NANDINHO DOS SANTOS GOMES - CRM: Nº. 8452

Recife, 05, JULHO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade de Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





Ficha de Atendimento

Número do Registro

Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas
 Abertura Ocular: 2 Hora: 22:45 Glasgow: Resposta Verbal: 2 Hora: 22:45 Glasgow: Resposta Motora: 5 Hora: 22:45
 Escala: 2 Escala: 5

epilo esquerda patognômica. Discreto sem condições de
 exposição/Abdômen. Sem condições de
 model costal leve de enfisema. Auscultação de dor.
 volume Flácido, deprimível.
 ilhé estóvel.

Diagnóstico Inicial: Politrauma Cod. Procedimento
 Data: 22/11/2020

1) Solicito TAC de Tórax, ABD, crânio e coluna cervical
 2) Sol Auscultação do NCR e BNF
 3) Depirona 2g + Etomidato 10mg + SFO 9g + 100ml EV
 (SUSPENSÃO CETOPIRIFENO) ✓

Ass. Enfermagem: [Assinatura] Ass. Médico: [Assinatura]

Condição de Alta: Curado Melhorado
 Inalterado Piorado
 Óbito

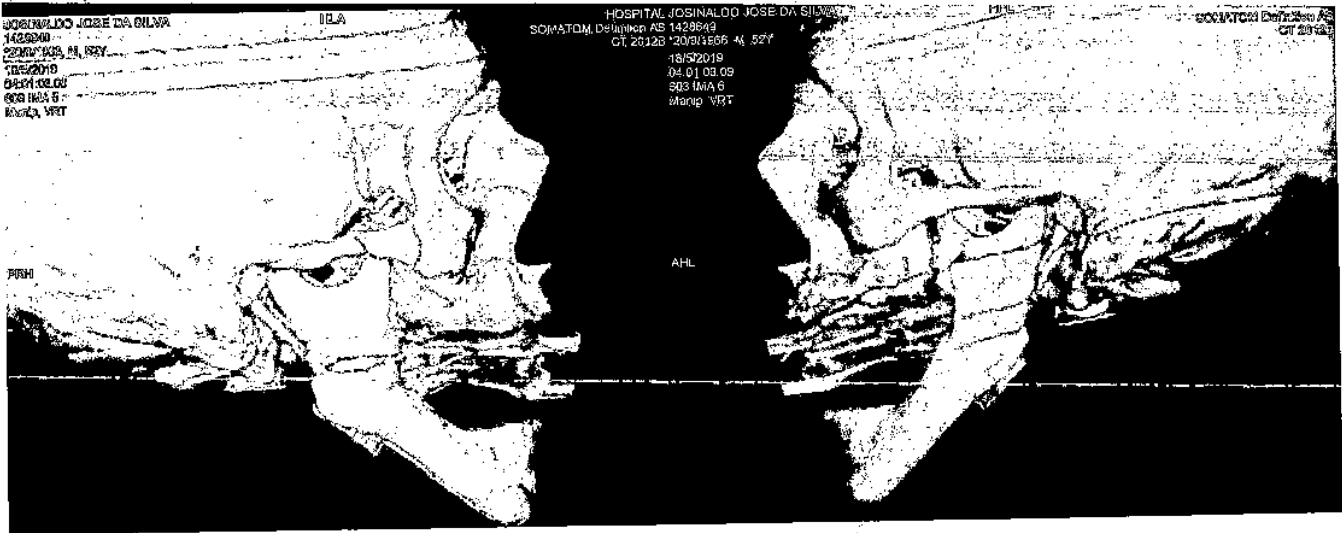
Indicação para Alta / Internamento / Transferência: CRM: Data: Hora:

Responsabilidade para Internamento: O paciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, cirurgias inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome completo legível: Assinatura:

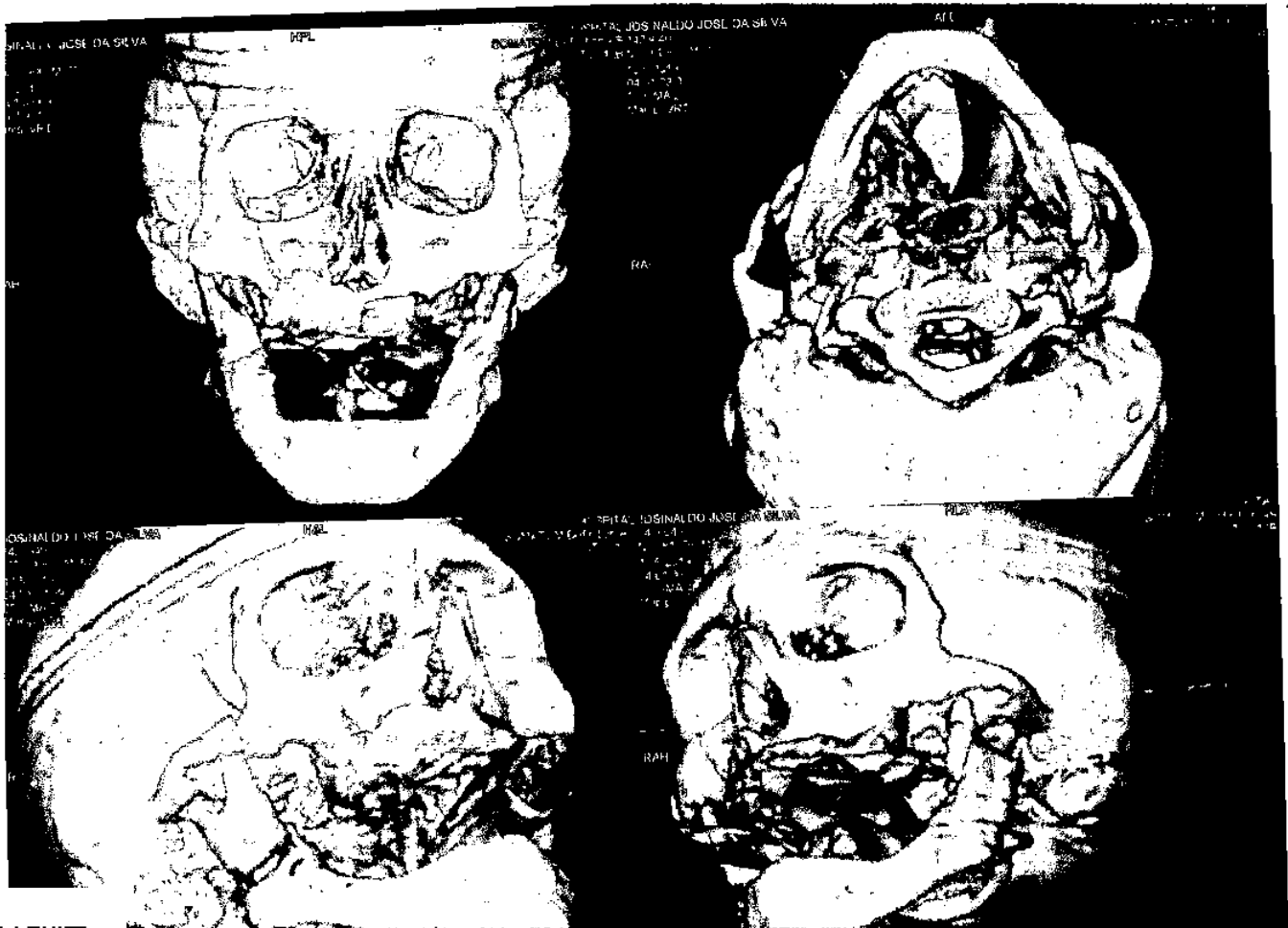
Responsabilidade de alta a pedido: Responsabilidade me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.
 Nome completo legível: Assinatura:

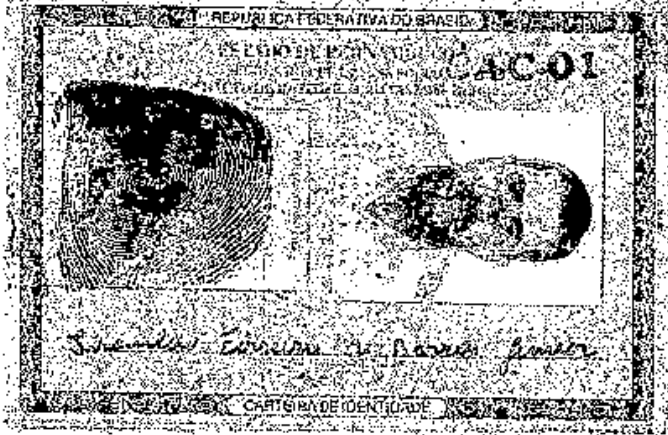




Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.493.761 23/08/2011

<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR >>

<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS >>

<< MYRTEG MARIA WANDERLEY DE BARROS >>

RECIFE - PE 20/03/1975

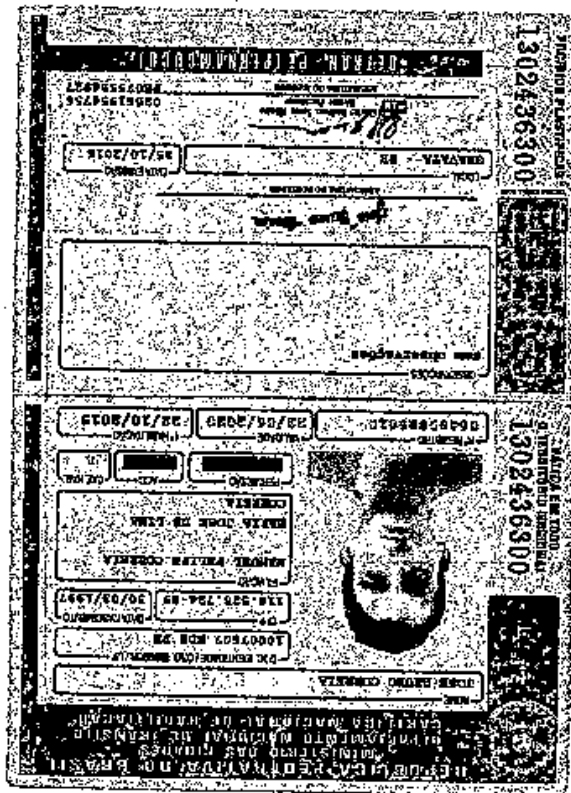
<< CN-74847 L.A-01 F.186 V.CART.SEDE-
VITÓRIA DE ST ANTÃO-PE.19.12.1965 >>

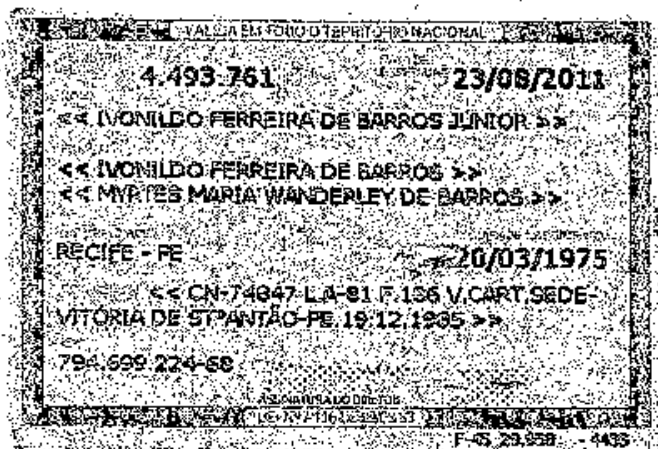
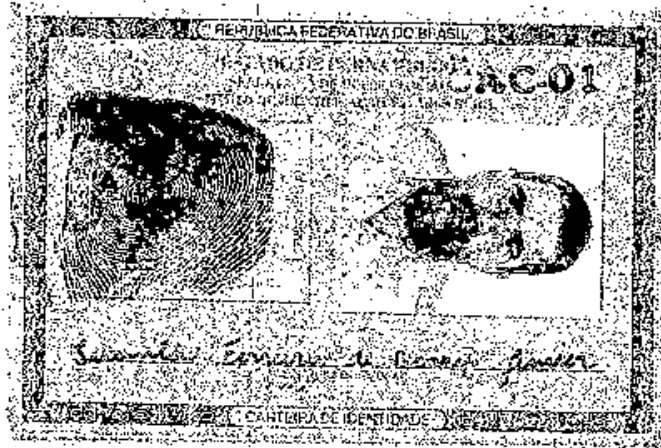
94.699.224-68

ASSINADO POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

F-45.29.158 4433







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071455 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BRUNO CORREIA **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO.

Descrição do exame físico: VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR IMPORTANTE DO COTOVELO, REALIZA EXTENSÃO A 150 GRAUS, FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA LOCAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO PARA OSTEOSSINTESE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/02/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO COTOVELO DIREITO, PORTANTO MÂNTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200071455
Nome do(a) Examinado(a): Jose Bruno Correia
Endereço do(a) Examinado(a): Si Nicacio, 590 Avenca Rural
Area Rural de Gravata Gravata PE CEP: 55645-899
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10007607
Data local do acidente: [08/06/2019]
Data local do exame: [28/02/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: CIRURGICO PARA OSTEOSINTESE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR IMPORTANTE DO COTOVELO, REALIZA EXTENSÃO A 150 GRAUS, FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA LOCAL.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO GRAVE DE COTOVELO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR.
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" "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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):
COTOVELO - Lado Direito | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


LEONARDO NEVES
Médico
CRM/PE 17742



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSINALDO JOSE DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 19/5/19 CPF DA VÍTIMA 461.657.464-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JOSINALDO JOSE DA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO
 Nº 13 COMPLEMENTO _____ BAIRRO LIVRAMENTO
 CIDADE VITORIA UF PE CEP 55602-360
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98877-8145

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA


DATA _____
 IDENTIDADE 4493761
 ASSINATURA Josivaldo Ferreira de Barros Junior

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054896/20

Vítima: JOSINALDO JOSE DA SILVA

CPF: 461.657.464-20

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: JOSINALDO JOSE DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSINALDO JOSÉ DA SILVA : 461.657.464-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Sinistro
3200067420

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/02/2020
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Borges
Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	JOSINALDO JOSE DA SILVA	
Nacionalidade:	BRASILEIRA	Estado civil: CASADO
Profissão:	AGRICULTOR	
Identidade:	5128.353	CPF: 461.657.464.20
Endereço:	RUA JOSE FARIAS Nº 108 BAIRRO SERRA G. G. G. G.	

DATA DO ACIDENTE: 17/05/2019. COBERTURA: INVALIDEL.

OUTORGADO:

Nome:	IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: SOLTEIRO
Profissão:		
Identidade:	4.493.761 SSP/PE	CPF: 794.699.224-68
Endereço:	Praça Padre Felix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO /PE.	

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

NOME DA VÍTIMA: JOSINALDO JOSE DA SILVA

GRAVATA 25/11/2019
LOCAL E DATA

Josinaldo Jose da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS DE GRAVATA PE
Município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco
Reconheço a firma por autenticidade de: 20/11/2019
JOSINALDO JOSE DA SILVA Dou(t)u
Em testemunho de Priscila Duarte do Nascimento Silva da verdade
Tabela Substituta
Selo: 0473843 KEQ1020190101210
Custas R\$ 5,00 TSNR R\$ 0,92 - Total R\$ 5,92
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seledigital
19/11/2019



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	JOSE BRUNO CORREIA	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: SOLTEIRO
Profissão:	AUXILIAR DE SERVIÇOS	
Identidade:	10007607 SSP/PE	CPF: 118.528.724-89
Endereço:	RUA NUNO ALVES 590, FARMACIA, GUAYATÁ DE	

DATA DO ACIDENTE: 8/6/19. COBERTURA: INVALIDEL

OUTORGADO:

Nome:	IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: SOLTEIRO
Profissão:		
Identidade:	4.493.761 SSP/PE	CPF: 794.699.224-68
Endereço:	Praça Padre Felix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA	

DE SANTO ANTÃO /PE.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confiro poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

NOME DA VÍTIMA: JOSE BRUNO CORREIA

GUAYATÁ DE 07 DE OUTUBRO DE 2019

LOCAL E DATA:



JOSE BRUNO CORREIA

ASSINATURA DO OUTORGANTE (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS DE BRASÍLIA/PE
 Priscilla Duarte do Nascimento Silva - Titular
 Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE BRUNO CORREIA, Dou 16
 Em testemunho da verdade
 Priscilla Duarte do Nascimento Silva
 Tabella Substituta
 Selo: 0073643-NBC-10201607-02899
 Custas R\$ 3,99 TSNR R\$ 0,92 Total R\$ 4,91
 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital
 Usuário: allen





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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071455

Vítima: JOSE BRUNO CORREIA

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BRUNO CORREIA

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,

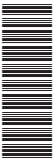
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15506459

Pag. 00991/00992 - carta_01 - INVALIDEZ

00020496





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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200071455 **Vítima:** JOSE BRUNO CORREIA

Data do Acidente: 08/06/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE BRUNO CORREIA

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. 01345(01346 - carta_02 - INVALIDEZ

00040673



Carta nº 15522439





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 Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071455

Vítima: JOSE BRUNO CORREIA

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BRUNO CORREIA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JOSE BRUNO CORREIA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **033**

Agência: **000004146**

Conta: **000001015151-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **46165746420** 4 - Nome completo da vítima: **JOSINALDO JOSE DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **JOSINALDO JOSE DA SILVA** 6 - CPF: **46165746420**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA JOSE FIAMINO DOS SANTOS** 9 - Número: **108** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **SENA GRANDE** 12 - Cidade: **GRAVATA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55640.000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **(81) 988326145**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0943 013** CONTA: **00002154 6** 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 da óbito da vítima: _____

25 - Grau da Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (bebês)? 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 devido, 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: **Recife, 10 de Fevereiro de 2010.**
X JOSINALDO JOSE DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

FPS.001 V002/2019







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **46165746420** 4 - Nome completo da vítima: **JOSINALDO JOSE DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **JOSINALDO JOSE DA SILVA** 6 - CPF: **46165746420**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA JOSE FIAMINO DOS SANTOS** 9 - Número: **108** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **SENA GRANDE** 12 - Cidade: **GRAVATA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55640.000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **(81) 988326145**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0943 013** CONTA: **00002154 6** 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 da óbito da vítima: _____
25 - Grau da Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: **Recife, 10 de Fevereiro de 2010.**
X JOSINALDO JOSE DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

FPS.001 V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152004865**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **08:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/5/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, SALGADÃO** - Bairro: **CENTRO** - **GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CONDOMINIO VEREDAS DA SERRA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
JOSINALDO JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSINALDO JOSE DA SILVA**

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

JOSINALDO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DE MEDEIROS SILVA** Pai: **JOSE ULISSES DA SILVA** Data de Nascimento: **20/8/1966** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5128353/SDS/PE (RG)** Profissão: **VIGIA** Telefones Celulares: **- 92826662**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 108, RUA JOSE FIRMINO DOS SANTOS, SANTANA. - CEP: 55900-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSINALDO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSINALDO JOSE DA SILVA**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCN5087** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE PILOTAVA A SUA MOTO DE PLACA PCN - 5087; QUE AO PASSAR ME UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU. DECLARA AINDA QUE TEVE TRAUMATISMO CRANIANO E PASSOU DOIS MESES INTERNADO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA SENDO TRANSFERIDO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO EM RECIFE. O FATO OCORREU EM UMA VIA PUBLICA DO BAIRRO SALGADÃO, GRAVATA - PE.

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

Josinaldo Jose da Silva
JOSINALDO JOSE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EILTON FERREIRA BULHOES** - Matrícula: **319807-3**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **46165746420** 4 - Nome completo da vítima: **JOSINALDO JOSE DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **JOSINALDO JOSE DA SILVA** 6 - CPF: **46165746420**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA JOSE FIAMINO DOS SANTOS** 9 - Número: **108** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **SENA GRANDE** 12 - Cidade: **GRAVATA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55640.000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **(81) 988326145**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0943 013** CONTA: **00002154 6** 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 da óbito da vítima: _____

25 - Grau da Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: **Recife, 10 de Fevereiro de 2010.**
X JOSINALDO JOSE DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

FPS.001 V002/2019







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF do vítima: 118 528 724 89 4 - Nome completo da vítima: JOSE BRUNO CORREIA

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

5 - Nome completo: JOSE BRUNO CORREIA 6 - CPF: 118 528 724 89
7 - Profissão: AUXÍLIA PRODUÇÃO 8 - Endereço: SIMICATIÃO 9 - Número: 590 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: AVENEA 12 - Cidade: GRAVATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55610-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (81) 98877614

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:
 RECURSO INFORMAR R\$1.000 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (301)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4146 CONTA: 015151
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivos/não)? 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 devido, 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 pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

40 - Local e Data: Recife, 10 de fevereiro de 2020.

Jose Bruno Correia
41 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTAMOS CONECTADOS 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA
APLICATIVO SANTANDER
APLICATIVO WAY
SANTANDER.COM.BR
TWITTER: @SANTANDER_BR
FACEBOOK: SANTANDER BRASIL

Central de Atendimento: 4004 3535 (capitais e regiões metropolitanas), 0800 702 3535 (demais localidades).
0800 723 5007 (pessoas com deficiência auditiva ou de fala).
Atendimento digital 24h, 7 dias por semana.
SAC: 0800 762 7777 e para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 771 0401. Atendimento 24h por dia, todos os dias. Ouvidoria - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada: 0800 726 0322 e para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 771 0301. Das 9h às 18h, de segunda à sexta-feira, exceto feriados.



ESTAMOS CONECTADOS 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA
APLICATIVO SANTANDER
APLICATIVO WAY
SANTANDER.COM.BR
TWITTER: @SANTANDER_BR
FACEBOOK: SANTANDER BRASIL

Central de Atendimento: 4004 3535 (capitais e regiões metropolitanas), 0800 702 3535 (demais localidades).

CAIXAS ELETRONICAS SANTANDER
EXTRATO DE CONTA - MES ANTERIOR

14/11/2019 09:07:54 DATA CONTABIL: 14/11/2019

LOCAL: 033.4146 - GRAVATA

TRANSACAD: 0647914 TERMINAL: 0000157

JOSE BRUNO CORREIA

BANCO: 033 AGENCIA: 4146 CONTA: 02-015151-7

NAO HA LANÇAMENTOS NO PERIODO.

INFORMACOES PARA SIMPLES CONFERENCIA,
ATUALIZADAS ATE DATA E HORA ACIMA E
SUJEITAS A ALTERACOES.

ACESSE O APP OU TB SANTANDER PARA CONSULTAS E
TRANSACOES A QUALQUER HORA OU LUGAR.

