



Número: **0066579-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72475738	14/12/2020 13:50	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 26 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182246

Vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

Data do Acidente: 28/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

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 15810523





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, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200182246 Vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

Data do Acidente: 28/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01155/01156 - carta_03 - INVALIDEZ

00050578



Carta nº 15916348





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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200182246 Vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

Data do Acidente: 28/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 28/01/2020, emitido pelo Dr. RAFAEL CARVALHO CRM nº 27705 - PE, da Instituição HOSPITAL MUNICIPAL MARIA TEREZA MENDONÇA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00829/00830 - carta_31 - INVALIDEZ

0080415



Carta nº 15967040





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200182246 3 - CPF da vítima: 820.517.714-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

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 ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE 6 - CPF: 820.517.714-72
7 - Profissão: Recusa informar 8 - Endereço: Lo Almas Benditas 9 - Número: 107 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Bento do Una 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55370-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0773 CONTA: 98386972 2 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) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, _____

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 820.517.714-72 4 - Nome completo da vítima: José Adenirio Almeida Cavalcante

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

5 - Nome completo: José Adenirio Almeida Cavalcante 6 - CPF: 820.517.714-72
7 - Profissão: Marido 8 - Endereço: Rua Almeida Benditas 9 - Número: 107 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Bento do Una 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55370-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0773 CONTA: 9838697228
(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 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 (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: COLO
CPF:

20 JUL 2020
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: COLO
CPF:

RECIFE
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Bento do Una - 06/07/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSIA ADVANIO A. CAYARE JR
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 106ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO BENTO DO
UNA - DP106ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0196000202**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/02/2020** às
10:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **28/1/2020** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO BENTO DO UNA, 81,
PROXIMO AO COLEGIO IVETE. - Bairro: CENTRO - SAO BENTO DO
UNA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)
MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA (OUTRO)
JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE



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

JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: IVONISA DE ALMEIDA CAVALCANTE Pai: LUIZ DE ALMEIDA
CAVALCANTE Data de Nascimento: 20/6/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO
/ BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: MARIA APARECIDA CAVALCANTE DE MACEDO Pai: REGIVALDO
CAVALCANTE DE MACEDO Data de Nascimento: 23/1/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO BENTO DO UNA, 107, LOTEAMENTO ALMAS**
BENDITAS, RUA 06 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO BENTO DO
UNA/PERNAMBUCO/BRASIL







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 106ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO BENTO DO
UNA - DP106ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0196000202

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/02/2020 às
10:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 28/1/2020 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SÃO BENTO DO UNA, 81,
PROXIMO AO COLEGIO IVETE. - Bairro: CENTRO - SÃO BENTO DO
UNA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA (OUTRO)
JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

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

JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: IVONISA DE ALMEIDA CAVALCANTE Pai: LUIZ DE ALMEIDA
CAVALCANTE Data de Nascimento: 20/6/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO
/ BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA (presente no plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: MARIA APARECIDA CAVALCANTE DE MACEDO Pai: REGIVALDO
CAVALCANTE DE MACEDO Data de Nascimento: 23/1/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SÃO BENTO DO UNA, 107, LOTEAMENTO ALMAS
BENDITAS, RUA 06 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO BENTO DO
UNA/PERNAMBUCO/BRASIL



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKN1249** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2000/2010**

Complemento / Observação

COMPARECERAM AS PESSOAS DE MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA E O SR. JOSÉ ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE, RELATANDO QUE NA REFERIDA DATA, A VITIMA AO DESVIAR DE OUTRO VEICULO, VEIO A COLIDIR EM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, VINDO A SER SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE (VITIMA)
Maria do Socorro Cavalcante Almeida
MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA (OUTRO)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE JUIZ SANTOS CAVALCANTE** - Matrícula: **2214300**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200182246 3 - CPF da vítima: 820.517.714-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

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 ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE 6 - CPF: 820.517.714-72
7 - Profissão: Recusa informar 8 - Endereço: Lo Almas Benditas 9 - Número: 107 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Bento do Una 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55370-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0773 CONTA: 98386972 2 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



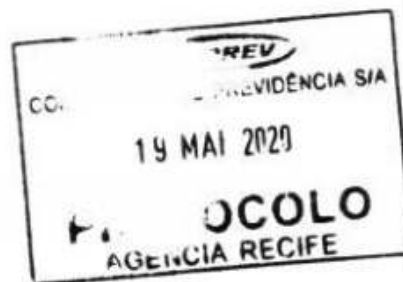


São Bento do Una, 13 de fevereiro de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr: **JOSÉ ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE**, CPF: 820.517.714-72, nascido em: 20/06/1964 foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Suporte Básico de São Bento do Una, no dia 28/01/2020, vítima de colisão, sendo encaminhado ao hospital local. Sem mais a acrescentar.

Atenciosamente,



Deisyane Farias
Enfermeira
CPF: 249.113

Deisyane Farias

Coordenação SAMU de São Bento do Una

Secretaria Municipal de Saúde de São Bento do Una – PE.
Rua Joaquim Nabuco S/N, São Bento do Una - PE.
Telefone: 81 3735-0720



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 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
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
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO SOCORRO CAVALCANTE ALMEIDA
CPF: 909.358.704-82 NIS: 19002495539

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO ALMAS BENDITAS 107

CENTRO/SÃO BENTO DO UNA
55370-000 SÃO BENTO DO UNA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

24/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

124,14

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/03/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

100938739

CONTA CONTRATO

001087265028

Nº DO CLIENTE

2002084051

Nº DA INSTALAÇÃO

0003493952

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

74E1.75EB.D410.C5DE.8082.E2A7.ED16.92D2

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,13799624	4,13
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,23650498	16,55
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	98,00	0,35484747	34,77
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,12698062	3,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,21768107	15,23
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	98,00	0,32652161	31,99
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,44
ICMS_Subvenção Baixa Renda			1,38
Multa por atraso-NF 097016321 - 14/02/20			1,72
Juros por atraso-NF 097016321 - 14/02/20			0,13
TOTAL DA FATURA			124,14

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
106,47	25,00	26,61	106,47	1,04	1,10	106,47	4,79	5,09

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DE CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,5945200	JAN 20	166
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,23650498	FEV 20	174
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,35484747	DEZ 19	177
Consumo-TE até 30 kWh	0,06793250	NOV 19	186
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15077009	OUT 19	170
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22585500	SET 19	152
		AGO 19	173
		JUL 19	173
		JUN 19	174
		MAI 19	190
		ABR 19	168
		MAR 19	193

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	34,73	28,62
Transmissão	4,57	3,82
Distribuição (Celpe)	24,69	20,19
Encargos Setoriais	2,41	2,08
Tributos	52,50	48,81
Perdas de Energia	7,77	7,38
TOTAL	106,47	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003011208706	CAT	14/02/2020 10.274,00	17/03/2020 10.473,00	32	1,00000	0,00	198,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	SÃO BENTO DO UNA	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia	UNA	0,00	3,30	9,90	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso		R\$ 38,36			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: farmácia Pacheco: pc osvaldo celso maciel 103 espírito santo / valdinávia
farmas de: pc 18 de copacabana 132 centroLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei: 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 50,74.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001087265028	03/2020	124,14	24/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SÃO BENTO DO UNA

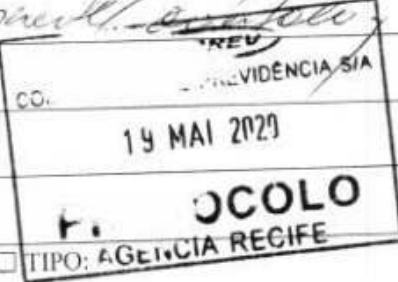
MELHOR A CADA DIA
Secretaria de Saúde



HOSPITAL MUNICIPAL
MARIA TERESA MENDONÇA

FICHA DE ATENDIMENTO

Numero de Registro: 340.029	Data e Hora do Atendimento: 28/01/2020 09:41	Emergência Geral: 53
Informações Prestadas pelo: Cliente ou Acompanhante:		
Cliente: Jose Adevanio Almeida Cavalcante		Fone: 8959-8818
Nome Social:		
Data de Nascimento: 20/06/1964	Idade: 55	Sexo: Masculino
Estado Civil: Casado (a)	Profissão: Agricultor	Cor: Branca
Nacionalidade: Brasileira	Documento de Identidade:	Naturalidade: São Bento do Una
		CNS: 708.5033.3677.7971
Filiação: Ivonisa de Almeida Cavalcante		
Ocorrência:	Acidente de Trabalho: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	
Procedência:	Meio de Transporte:	
Endereço: Rua 05	Nº 107	Bairro: Almas Benditas
		Cidade: São Bento do Una
		UF: PE
Medico(a): Dr Rafael Carvalho/ Dr Rafael	Enfermeiro(a): Loriley / Tuane	
Técnicos de Enfermagem: Gorete / Givanildo / Maria		
Queixa Principal:	<i>Pront. / acidente automobilístico</i>	
HD:	<i>Pront. comunitário</i>	
	<i>105 leve 2</i>	
Historia do Trauma:		
Perda da Consciência: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	
Acidente de Transito: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Colisão: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	
Atropelamento: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Motorista: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	
Sofreu Queda: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Vitima de Ferimento: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	
	Tipo:	
Sofreu Queda: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Altura: m	
Queimadura: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Por: Grau:	
Condições de Imobilização: SIM: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	Porque:	



Exame Físico	
A: Gerais Vias aéreas estão pervias: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> O cliente fala: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Temperatura:	
B: Respiratório: SAT 96. HGT 1002.	
C: Circulatório PA: 140 X 90 mmHg Pulso: 80 bpm 36	
D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:	
E: Abdômen	
Diagnóstico Inicial:	
Exames Solicitados	
Resultado dos Exames:	
Tratamento / Procedimentos <p>1) Sol. RX de quadril, cervical e tórax</p> <p>2) Dexametasona 4mg - 1x/12h</p> <p>Grupos sanguíneos e coagulantes de laboratório HNA, sendo = 5870374</p>	
Indicação Cirúrgica: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Motivo:	
Evolução de Enfermagem: <div style="text-align: right;">  </div>	
Diagnóstico Definitivo:	
Definição do Caso: Condição de Alta: Curado <input type="checkbox"/> Melhorado: <input type="checkbox"/> Inalterado: <input type="checkbox"/> Piorado: <input type="checkbox"/> Internamento: <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito: <input type="checkbox"/> Hora: Termo de Alta Pedido: <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/>	
Transferido para: Internado na Clínica:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	
Médico: CRM: Data:	





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 582914 Prontuário: 353472
Nome: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTI
Data Nasc.: 20/06/1964 Idade: 55 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 708503336777971
Endereço: LOTEAMENTO ALMAS BENDITA Nº: 107
Bairro: CENTRO Cidade: SAO BENTO DO UNA Estado: PE
CEP: 55370000 Fone: 991558832 Profissão:
Nome da Mãe: IVONISA DE ALMEIDA CAVALCANTE
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

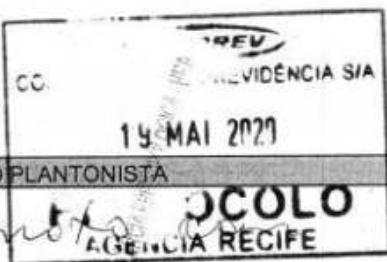
2 - ATENDIMENTO

Data: 28/01/2020 13:35

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente sofreu acidente de moto
perda de consciência.



Exame Físico:

EGA.
Consciente
desorientado

Verificar

PA: FC: FR:

PA:
Pulso
Sol

HGT:
24h. 182g
110g

Diag. Provisório:

Fratura de OPU?

Cirurgia - Ponto - pontos mobil, estável
consciente, orientado.

Torax - dor - flácido, sintomático - lme

Prescrição:

Data: 28/01/2020 Dieta:

Com. Anestesia

Solução:

Horário

24h PA 160x90

FE 91

SPO 98%

2

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RAIO - X

DATA 28/01/2020

Rx sugando oclusão de OPU
análise dos músculos - feço

Ponto de dor
(DM).

Soluções TC de crânio
encaminhadas ao ambulatório

n/ manuseios de fratura de OPU

1 de 2

Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Cirurgia Bucal
CRO 2882-PE

Dr. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Cirurgia Bucal
CRO 2882-PE





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Ex. Geral

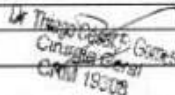
Paciente com relato de queda de meta ontem (28/01/20) por volta das 18:00hrs da manhã. Dores em face. Ao exame: Edema indolente, difuso e bilateral.

ECG: NS

CC de crânio, RX de Tórax e pelvis: sem alterações.

CD: DTH hospitalar

paciente sendo tratado de acordo

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido  () Paciente () Familiar

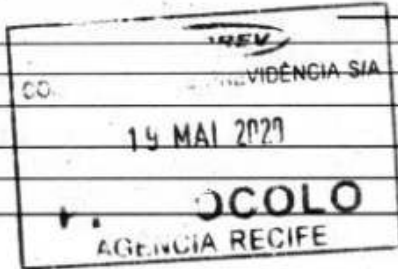
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento  () Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: Poli-traumatismo

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido


() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: 29/01/20 Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

28/01/2020 13:37:52
2 de 2


Dr. Thiago César F. Gomes
Cirurgião Geral
CRM 19008

Usuário do Atendimento
MARIAS





SÃO BENTO DO UNA



HOSPITAL MUNICIPAL
MARIA TEREZA MENDONÇA

FICHA PARA ENCAMINHAMENTO E RETORNO

Destino do Paciente

Unidade de Saúde: Hospital Municipal de Synete

Município: Cananópolis

Especialidade: Neurologia Senha: 5870374

Dados do Paciente

Nome: Jose Adivano Almeida Cordeiro

Data de Nascimento: 20/06/1964

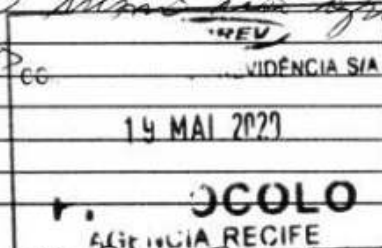
Idade: 55a Sexo: masculino

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

História Clínica: _____

Prontidão em entrar após acidente
protuberante - it quando de espina e leve para
consistente e ondulada. O mesmo não apresenta
no momento outros sintomas



Hipótese Diagnóstica: 1) Fratura em nível de T6

2) T6 leve

Exames Realizados: _____

Tratamento _____

Médico: Dr. Rafael Cavalheiro

Data: 28/01/2020

Avenida Manoel Cândido, S/N - Centro-CEP 55370-000 - São Bento do Una - PE. Fone: (81) 3735 0714.

E-mail: hmbus@yahoo.com.br. CNPJ: 10.091577/0007-00.





PACIENTE: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE
NASC.: 20/06/1964 Código: 194547
SOLICITANTE: Dr Gilberto Vileça Menezes
REALIZADO: 31/01/2020

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

INDICAÇÃO: TCE.

TÉCNICA:

Foram realizadas aquisições multisequências e multiplanares no crânio-encefalo, ponderadas em T1, T2, FLAIR e T2*. Foi realizada aquisição adicional echo-planar, ponderada em difusão.

ANÁLISE:

- Redução das dimensões da calota craniana.
- Área de restrição aos coeficiente de difusão no aspecto posterior da ponte, à direita da linha média com hipossinal no mapa ADC, podendo representar área de isquemia subaguda.
- Focos de hipersinal no FLAIR/ T2 na substância branca profunda dos lobos frontais e parietais, sugerindo microangiopatia incipiente.
- Focos de hipossinal na sequência gradiente echo, localizadas na alta convexidade do lobo frontal direito, sugerindo sangramento crônico.
- Pequena área de hipersinal em topografia subaracnoidea na alta convexidade do lobo frontal esquerdo, inespecífico, podendo representar discreta hemorragia subaracnoidea. A critério clínico, realizar TC.
- Hipocampos simétricos com morfologia e sinal usual.
- O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais.
- Tronco encefálico e cerebelo com morfologia e intensidade de sinal conservadas.
- Fluxo habitual ao nível dos grandes vasos dos sistemas venoso-basilar e carotídeo segundo critério spin echo.
- Porções visualizadas das cavidades aéreas paranasais com aeração normal.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Redução das dimensões da calota craniana.
- Área de restrição aos coeficiente de difusão no aspecto posterior da ponte, à direita da linha média com hipossinal no mapa ADC, podendo representar área de isquemia subaguda.
- Focos de hipersinal no FLAIR/ T2 na substância branca profunda dos lobos frontais e parietais, sugerindo microangiopatia incipiente.
- Focos de hipossinal na sequência gradiente echo, localizadas na alta convexidade do lobo frontal direito, sugerindo sangramento crônico.
- Pequena área de hipersinal no FLAIR em topografia subaracnoidea na alta convexidade do lobo frontal esquerdo, inespecífico, podendo representar discreta hemorragia subaracnoidea. A critério clínico, realizar TC.

Erico Reis

Dr. Érico Reis
CRM: 16830

Avenida Rodrigues de Azevedo, 511
Maurício de Nassau, Caruaru - PE
FONE 81-3722-8850
www.unimagemcaruaru.com.br
E-mail: unimagemcaruaru@unimagem.com.br
Facebook: unimagemcaruaru

COM. 100% PREVIDÊNCIA S/A

20 JUL 2020

PR. COLO
AGÊNCIA RECIFE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182246 **Cidade:** São Bento do Una **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE **Data do acidente:** 28/01/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: ANEXO 1: PÁG. 01 05 //
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES
QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142195/20

Número do Sinistro: 3200182246

Vítima: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

CPF: 820.517.714-72

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

JOSE ADEVANIO ALMEIDA CAVALCANTE : 820.517.714-72

Autorização de pagamento

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.

