

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190598081

Cidade: Carpina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE NILSON DE SANTANA

Data do acidente: 03/12/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE MODERADO COM HEDA.

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. CICATRIZ EXTENSA EM COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: DRENAGEM DO HEMATOMA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 08/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

**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: 3190598081
Nome do(a) Examinado(a): Jose Nilson de Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ana Ester Batista Ramos, 70
Sao Sebastiao Carpina PE CEP: 55813-230
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7651586
Data local do acidente: [03/12/2018]
Data local do exame: [08/11/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE MODERADO COM HEDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: DRENAGEM DO HEMATOMA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI SEM ALTERAÇÃO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. CICATRIZ EXTENSA EM COURO CABELUDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>(X) "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190598081

Cidade: Carpina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE NILSON DE SANTANA

Data do acidente: 03/12/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE MODERADO COM HEDA.

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. CICATRIZ EXTENSA EM COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: DRENAGEM DO HEMATOMA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 08/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190598081 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILSON DE SANTANA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA (P.4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190598081 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILSON DE SANTANA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA (P.4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190598081

Vítima: JOSE NILSON DE SANTANA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NILSON DE SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190598081 **Vítima: JOSE NILSON DE SANTANA**

Data do Acidente: 03/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE NILSON DE SANTANA

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

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

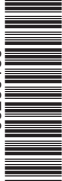
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190598081 Vítima: JOSE NILSON DE SANTANA

Data do Acidente: 03/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE NILSON DE SANTANA

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

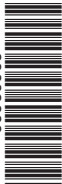
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

014-947.704-07

4 - Nome completo da vítima:

JOSE NILSON DE SANTANA

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 NILSON DE SANTANA

6 - CPF:

014.947.704 07

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA ANA ESTER BATISTA RAMO

9 - Número:

70

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO SEBASTIAO

12 - Cidade:

CARPINA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55813-230

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

811991073896

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: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1783

3

CONTA:

0031026

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



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 (a) nascido?



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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

CARPINA 16-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0135003851**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/10/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/12/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, ESTRADA DE FEITICEIRO** - Bairro: **ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **ENGENHO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ NILSON DE SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): NÃO IDENTIFICADO

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

NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSÉ NILSON DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NÃO DECLARADO** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **30/12/1978** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 29, RUA ANA ESTER BATISTA - CEP: 0 - Bairro: SENZALA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**

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

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

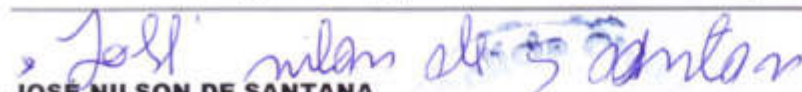
Complemento / Observação

A VÍTIMA, JOSÉ NILSON DE SANTANA, AFIRMA QUE NO DIA 03/12/2018, NO PERÍODO NA MANHÃ, ESTAVA COMO PASSAGEIRO DE UM MOTOTAXI NÃO IDENTIFICADO, QUE ESTAVAM TRANSITANDO NA MOTOCICLETA

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
18/10/19

DE CRACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS PELA ESTRADA DE FEITICEIRO, ZONA RURAL DER CARPINA, QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, QUE JOSÉ NILSON DE SANTANA, CAIU NO SOLO E SOFREU LESÕES E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE NAZARÉ DA MATA.

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


JOSÉ NILSON DE SANTANA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: **273810-4**




KOTE SEGUROS
Erica Araujo
18/10/19

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

014-947.704-07

4 - Nome completo da vítima:

JOSE NILSON DE SANTANA

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 NILSON DE SANTANA

6 - CPF:

014.947.704 07

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA ANA ESTER BATISTA RAMO

9 - Número:

70

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO SEBASTIAO

12 - Cidade:

CARPINA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55813-230

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81 991073896

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: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1783

3

CONTA:

0031026

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



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 (a) nascido?



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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

CARPINA 16-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Ficha de Atendimento de Emergência

Data: 5/12/18 13:55 Registro: 165.505 Cor: _____ cns: _____

Nome: José Nelson de Santana

Data de nasc.: 30/12/78 Idade: 39 sexo: Male naturalidade: _____

Filiação: Não declarado

e _____

Estado civil: _____ Telefone: _____

Endereço: Rua José Batista Gomes

Nº 511 Bairro: Sanga Cep: Carpina

Responsável: _____

Dados Clínicos: PA: _____ Mmbg, Temp. _____ Cº, R: _____ P: _____

HISTÓRICO: _____

Hist. refer. última de foto pretendendo após acidente
motorístico há 04 dias.

Conduta e Avaliação: _____

660, 100 mg
Atv. 100 mg
Atv. 100 mg

Hipótese Diagnóstica: _____ CID: _____

Prescrição Médica: _____

1) Trazendo 100 mg - 01 FA + 100 mg 550, 9 / 10
2) 100 mg PA, 100 mg
3) Observação: Análise

14:02 hrs
Carimbo
sem 845900

Evolução e cuidados de Enfermagem: _____

Dr. Victor Arruda
Médico
CRM-PE 254592

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
18/12/19

Assinatura do médico e carimbo

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.825.902/0001-08 | Insc. Est. 0006043-03 | www.cel.pe.com.br

RUA ANA ESTER BATISTA RAMOS 70

SÃO SEBASTIAO/CARPINA
CARPINA, PE
55813-230

DATA COLLECTION: 2000-2001

B1 RESIDENCIAL
BADA RENDA COM NIS

DATA COLLECTION: 2000-2001

7031245880

05/2019

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

Journal of Management Inquiry 22(1) 3-14

13/05/2019

04/06/2019

43.38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19046357	5,71
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32954327	22,85
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	8,0000000	0,45981481	3,68
Adicional Bandeira AMARELA			0,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,82
Multa por atraso-NF 053002631 - 08/03/18			0,80
Juros por atraso-NF 053002631 - 08/03/18			0,24
Atualização IOPM-NF 053002631 - 08/03/18			0,00

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

43.32

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE S.A.	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KW)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
40803H1	247	09/03/2019	17.632,00	09/03/2019	17.632,00	32	1,00000		108,00

RESUMEN 34: COLUMBIAN

INFORMAÇÕES DE TWITTER

MEMÓRIA VIVO		BASE DE DADOS		%	VALOR DO PROJETO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RAM 16	100	ICMS				R\$ 14,71	43,33%
ARM 16	90	PIS				R\$ 3,20	8,42%
RAM 16	100	COTRIB	32,30	1,10	0,37	R\$ 3,78	10,89%
PEV 16	80		32,58	0,22	1,70	R\$ 3,27	8,42%
JAM 16						R\$ 3,40	8,36%
DEZ 16						R\$ 2,11	5,07%
NOV 16							
OUT 16							
SET 16							
AGO 16							
JUL 16							
JUN 16							
MAY 16							
CONSUMO DE ENERGIA							
Consumo Abaixo de 100W/h							0,170000
Consumo Abaixo superior a 100 até 100W/h							0,305000
Consumo Abaixo superior a 100 até 200W/h							0,478000
RESTRITAÇÃO DO PREÇO							

5718 CEFF 3E05 202C 0B4C 73C3 AF15 025A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

em atenção a diversos existentes, caso não concorde

Variable	Dr. reyes	Value	Variable	Dr. reyes	Value
112473	19/07/18	30.83			

Para conseguir o NAC, o candidato deve se apresentar pessoalmente e não somente através de documento. Caso o candidato não tenha recebido o documento ou não tenha recebido o documento, poderá solicitar a emissão do mesmo, podendo também solicitar a emissão do documento de identidade no Rio de Janeiro e no Estado do Rio de Janeiro. Não é necessário apresentar o documento de identidade no Rio de Janeiro e no Estado do Rio de Janeiro. Não é necessário apresentar o documento de identidade no Rio de Janeiro e no Estado do Rio de Janeiro.

relato aconteceu próximo das 20h, na
avenida Antares. O fato aconteceu
exatamente, para comemoração do
cumprimento das obrigações de
comércio, no qual houve
falsificação das notas de
faturamento (artigo 17 do
Lei 73.037/76). Para comemorar
esse ato, alguns artistas da
paralela musical fizeram um
showcase com faixas em homenagem
ao sucesso que se tornou o
evento, com o nome de

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	EXPENSES	ALLOWANCE	LIABILITIES	LIABILITIES	LIABILITIES	TOTAL
	CARRIED	FORWARD	FORWARD	FORWARD	FORWARD	FORWARD
ONE	1.00	5.31	10.82	21.28		
TWO	5.31	3.30	8.90	13.21		
THREE	3.30	3.03	0.00	0.00		

Letra DCM 4.2.20 BUSTI - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 16,50

REVIEWS OF THE TRANSLATION

LIMITE DE VARIAÇÃO DO	
INTERIORE	EXTERIORE
200	231

© 2000 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
----------------	---------	--------------------	---------------------

7031245880

05/2019

13/05/2019

43.36

83860000000-0 43360011007-0 03124588010-0 13932811593-4





Hospital Geral de Pernambuco



Registro N.º 89500
Atendimento: 482426
Data 03/12/2018
Hora 12:50
Usuário: EMANUELLYFLS

CLINICA GERAL

Nome: JOSE NILSON DE SANTANA
Nascimento: 30/12/1978 02:0 Idade: 39a 11m 4d
Mãe: NAO DECLARADO
Pai: NAO DECLARADO
Endereço: ANA ESTER BATISTA

Nº: 29 Bairro: SENZALA

CNS: 898003963306884
Telefone: 8187360007

CEP: 55813210
Cidade: CARPINA UF: PE

QPD / HDA:

Net relato relato que de do
muito de dor, tem por
excesso de apalco. Noq de mero
e comto

EXAME FÍSICO:

Resposta para

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO:

2. Diproano 0.5g
2. Diproano 0.5g

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: ☒ Alta para casa ☐ Encaminhamento ao ambulatório ☐ Internamento

☐ Transferência para outra unidade ☐ Óbito ☐ Outro:

*Condição de Sde do Paciente: ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo c/CRM e CPF).

☐ AUTORIZADO INFORMAÇÃO DO CID-10

Rafael Leite Macedo
Médico
CRM 95.01135
Médico - Carimbo e Assinatura

KOTE SEGURU-
Erica Araujo
18/10/19

HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Data e hora retirada da senha: 03/12/2018 12:23



Nome Paciente: JOSE NILSON DE SANTANA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: P0052
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 03/12/2018 12:46 - 03/12/2018 12:47

LINDINALDO DIAS DA SILVA - COREN: 010782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NAO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA HA 24H
CEFALEIA

Observação: NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: CEFALEIA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-4/10)?

Especialidade: CLINICA GERAL

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
18/10/19

Acolhido(a) por: LINDINALDO DIAS DA SILVA - COREN: 010782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/12/2018 12:47

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA:

Prontuário: 179617

CNS: 706508381165597

Idade: 39 Anos 11 Meses 4 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: JOSE NILSO DE SANTANA

Nascimento: 30/12/1978

Est.Civil: CASADO(A)

End.: RUA ANA ESTERBATISTA RAMOS

Nº: 70

Bairro: SENZALA

CEP: 5581911

Municip.: CARPINA

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 765158

Mãe: MARIA DE LURDES

Pai:

Profissão: ENTRGADO

Responsável:

Tel.: 931717

Últimas Ocorrências:

Data: **Hora:** **Nº Ocorrência:** **Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:**

04/12/2018 22:44 127619 ORTOPEDIA

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Dor em região
cervical e em
costo após
acidente de
tráfego.
Nega alergia

TRATAMENTO:

① Cetoprofeno 400mg
② Dexametasona 4mg
③ Muscular p/ cost
④ Diclofenaco 75mg
Falt

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ **INTERNADO** ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 04/12/2018 22:44:13

☐ CURATIVO
☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO ☐ **ESPECIALIZADO**
☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☒ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

Nicholas Figliuolo
Médico
CRM/PE: 25765
HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: MARIA CRISTOVAO DE FARIAS

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
18/10/19

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE NILSON DE SANTANA	PRONTUÁRIO: 1658822	ATENDIMENTO: 01064503
DATA DE NASCIMENTO: 30/12/1978	FOI ATENDIDO EM: 07/12/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 17/12/2018 ÀS 07:30	

Diagnóstico Provável:

- TCE MODERADO
- HEDA TEMPORAL DIREITO / CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA
- PO DRENAGEM DE HEDA (07/12/18)

Tratamento Realizado:

PACIENTE, PREVIAMENTE HÍGIDO, COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ UMA SEMANA, EVOLUINDO COM CEFALÉIA INTENSA E PERSISTENTE. FEZ CT DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HEDA À DIREITA, FOI OPERADO DIA 07/12/18 SEM INTERCORRÊNCIAS.

- COMORBIDADES: NEGA
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA
- ALERGIAS: NEGA

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: BOM ESTADO GERAL; CONSCIENTE E ORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 15; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

Observação:

RETIRAR PONTOS NO POSTO DE SAÚDE EM 10 DIAS

Encaminhado para:

RETORNO AMBULATORIO NCR - TCE EM 30 DIAS

Dr. Alex Baldomar Guillen
Neurocirurgia
CRM - 2552 / 030
CPF - 072.957.596-09

ALEX BALDOMAR GUILLEN - CRM: Nº.2552/030

Recife, 17, DEZEMBRO ,2018 .

ATENÇÃO:

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

REQUISIÇÃO DE ANTIMICROBIANO

Nome do Paciente :				
Clínica	Leito	Idade	Registro	
<input type="checkbox"/> 1ª Requisição <input type="checkbox"/> Prorrogação <input type="checkbox"/> Troca de Antimicrobiano				
<input type="checkbox"/> Uso Terapêutico <input type="checkbox"/> Uso Profilático				
<input type="checkbox"/> Infecção Comunitária <input type="checkbox"/> Infecção Hospitalar				
Baseado em antibiograma		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Função renal alterada		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Função hepática alterada		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Antimicrobianos em uso :		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Antimicrobiano 1 :			Nº de dias :	
Antimicrobiano 2 :			Nº de dias :	
Antimicrobiano 3 :			Nº de dias :	
TIPO DE TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO				
<input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> ENDOCARDITE	<input type="checkbox"/> SEPSE RELACIONAA CATÉTER		
<input type="checkbox"/> URINÁRIA	<input type="checkbox"/> PERICARDITE	<input type="checkbox"/> SEPSE DO FOCO INDEFINIDO		
<input type="checkbox"/> PELE / PARTES MOLES	<input type="checkbox"/> VIAS BILIARES	<input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - SUPERFICIAL		
<input type="checkbox"/> FLEBITE	<input type="checkbox"/> PERITONITE	<input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - PROFUNDA		
<input type="checkbox"/> GASTRINTESTINAL	<input type="checkbox"/> OSTEOMIELITE	<input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - ORGÃOS / ESPAÇO		
<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> PRÓTESE	<input type="checkbox"/> OUTRA _____		
<input type="checkbox"/> SISTEMA NERVOSO CENTRAL	<input type="checkbox"/> ARTICULAR	<input type="checkbox"/> OUTRA _____		

Antimicrobiano Requisitado :	Via	Dose	Intervalo	Duração

Dados Clínicos :

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
30/10/19

Data : ____/____/____	CCIH - Autorização : <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Data : ____/____/____
Assinatura / Carimbo do Médico	Assinatura / Carimbo do Médico
Dispensado por :	Recebido por : Data : ____/____/____

50
5VL

HOSPITAL DA RESTAURACAO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
BIOQUIMICA 2- VITROS 4600
SEPAC

DOENTE: JOSE NILSON DE SANTANA
ID: 1658822
ENDEREÇO: 505/5
MÉDICO:
ID:
ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:
IDADE:
QUARTO:
ID DA AMOSTRA: 37
COLHIDA EM: 9/12/2018 09:38:05
COMENTÁRIOS:
PRIORIDADE: **ROTINA**
FLUIDO: Soro
DATA/HORA INÍCIO TESTE: 9/12/2018 09:32:07

HEMOGLOBINA (H): <15
ICTERUS (I): <2
TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
UREA	22.97 mg/dL (A)		15.00-43.00
CREATININA	0.82 mg/dL		0.50-1.30
ASERVA ALCALINA	27 mmol/L		22-30
SPATASE ALCALINA	67 U/L		38-126
AST - TGO	20 U/L		15-59
ALT - TGP	34 U/L		13-72
ALBUMINA	4.01 g/dL		3.50-5.00

Fim Relatório PÁG. 1 IMPRIMA DATA/HORA: 9/12/2018 09:38:05

Valores de Referência

Sódio (Na ⁺)	136	136-145	mmol/l
Potássio (K ⁺)	3.9	3.5-5.1	mmol/l
Cloreto (Cl ⁻)	103	97-111	mmol/l

Realizado no AVL 9180

Mônica Ferreira
CRBM 0608

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
30/10/19

Amostra No.: 32

Rack: 1 Tubo: 2 2018/12/09 08:32:33

ID DOENTE: 1658822

Serviço: 5 SUL

Nome: JOSE NILSON DE SANTA NA 505/5

Data Nasc.:

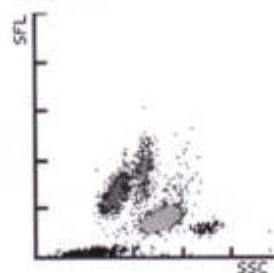
Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

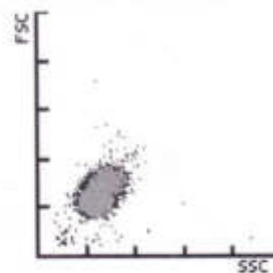
HEMOGRAMA

WBC	16.04	+	[10 ³ /uL]	
RBC	4.47		[10 ⁶ /uL]	
HGB	13.5		[g/dL]	
HCT	39.7		[%]	
MCV	88.8		[fL]	
MCH	30.2		[pg]	
MCHC	34.0		[g/dL]	
PLT	283		[10 ³ /uL]	
RDW-SD	41.7		[fL]	
RDW-CV	13.0		[%]	
MPV	9.6		[fL]	
NEUT	12.95	+	[10 ³ /uL]	80.7 + [%]
LYMPH	1.65		[10 ³ /uL]	10.3 - [%]
MONO	1.21	+	[10 ³ /uL]	7.5 [%]
EO	0.22		[10 ³ /uL]	1.4 [%]
BASO	0.01		[10 ³ /uL]	0.1 [%]
IG	0.09		[10 ³ /uL]	0.6 [%]

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO	02	%
SEGMENTO	80	%
EOSIN	01	%
LINF	10	%
LINF ATIP	07	%
MONO	07	%
BASO		%

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA	+
NORMOCROMICA	+
MICROCITOS	
MACROCITOS	
ANISOCITOSE	
ERITROBLASTO	

WBC-BF	[10 ³ /uL]
RBC-BF	[10 ⁶ /uL]
MN	[10 ³ /uL] [%]
PMN	[10 ³ /uL] [%]
TC-BF#	[10 ³ /uL]

OBSERVACOES:

META	%
MIELO	%
PROMIELO	%
BLASTO	%
GRAN TOXICAS	+

WBC Mensagem IP

Neutrofilia
Monocitose

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

IP de Serviço Médico Forense
F. Imunologia-Bioquímica
CPF: 01847

VSH - 30 mm na 1ª hora

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
18/10/19

Relatório Resultados Amostra

12/09/2018 09:58:09

Serial Number	15071996				
SEPAC	.				
Instrument Model	ACL TOP 300 CTS				
HOSPITAL DA RESTAURACAO	.				
ID amostra:	1658822-32	Primeiro nome	JOSE NILSON SANTANA	ID Rack:	60
Tipo amostra	Paciente	Apelido	5 SUL L-5	ID Posição	2

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessário	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	13.4 s 79 % 1.19 INR					12/09/2018 09:58:09	Validado

Francisco de Paula C. da Silva
Biotécnica
CRM 7766

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Jeferson

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE INTERIORE

10-2-23



Jose Nilson de Santana



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.651.586

30/11/2009

<< JOSE NILSON DE SANTANA >>

<< >>
<< >>
<< >>

CARPINA - PE

30/12/1978

<< CN 44898-LA41-F242V/CART.SEDIE
CARPINA PE 13.08.2004 >>

014.947.704-07

Assinatura do titular

LEI Nº 7.116 DE 2006/03

F-36 99/730 - 4322

7.12.18

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

Nome
014.947.704-07

JOSE NILSON DE SANTANA

Nascimento

20/12/1978

