

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 CABELOU.

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 Vítimas 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: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. CICATRIZ EXTENSA EM COURO CABELOU.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

() Sim **(X) Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(X) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 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 CABELOU.

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

Valorização 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

Valorização 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

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

Rio de Janeiro, 24 de 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



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, 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

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 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:

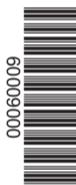
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

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: SÃO SEBASTIÃO 12 - Cidade: CARPINA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55813-230
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81) 99107-3896

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1783 CONTA: 0031026

(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.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
18/10/19

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

CARPINA 16-10-2019

José Nilson de Santana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

1 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045^a CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45^aCIRC
DINTER1/11^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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

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
JOSE NILSON DE SANTANA
(VITIMA)

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

YOTE SEGUROS
Erica Araujo
José Nilson de Santana

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

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 SEBASTIÃO

12 - Cidade:

CARPINA

13 - Estado:

PE

14 - CEP: 55813-230

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81) 99107-3896

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

 Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu nascituro (não nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deu pais/avós vivos?

 Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

CARPINA 16-10-2019

José Nilson de Santana

1 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARPINA
UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEUBRIAND**
Ficha de Atendimento de Emergência

13:55

Data: 5/12/18 Registro: 165.505 Cor: _____ ens: _____

Nome: José Nilson, de Santana

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

Filiação: Não declarado

Estado civil: — Telefone: —

Endereço: Rua José Batista Lemos

Nº 5/1 Bairro: Sendo Cep: 39900-000

Responsável: _____

Dados Clínicos: PA: _____ Mmhg, Temp. _____ C°, R: _____ P: _____

HISTÓRICO:

~~Bitte um Auftrag der betriebswirtschaftlichen~~

Re: nro reflejo de foto potenciado pós-viagem
motociclistica la- 04 dias.

Conducta e Avaliação: _____

660, 6 to 6 m
MV
A 27 mm

Hipótese Diagnóstica: _____ CID: _____

CID:

Prescrição Médica: 1400 mg/dia

① Tiquind 100% - 0/FA final 380,9 f i ~~1000000~~
② by RA, AC to ~~1000000~~
③ Observación dura

Evolução e cuidados de Enfermagem: _____

Dr. Víctor Andrade
Médico 2009
CABA 1000

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
10/10/19

Assinatura do médico e carimbo

CLINICA GERAL

Nome: JOSE NILSON DE SANTANA
Nascimento: 30/12/1978 02:00 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:

At volte volta quando do
moto fui a casa, fui pa
souco de gálico. peg demoro
a tempo

EXAME FÍSICO:

OBST, BORE MAX

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO:

Parasse o tempo
O bife em dia

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

Rafa. I Letta Macedo
Médico
CRM PE 21113
Médico - Carimbo e Assinatura

KOTE SEGUKU
Erica Araujo
11/11/19

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:	

Periodo: 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: CEFALÉIA

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

Especialidade: CLINICA GERAL

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
18/12/19

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

Data Impressão: 03/12/2018 12:47



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 179617 CNS: 706508381165597
Nome: JOSE NILSO DE SANTANA
End.: RUA ANA ESTERBATISTA RAMOS
Município: CARPINA
Mãe: MARIA DE LURDES
Profissão: ENTRGADO

Cor/Raça: PARDO

Idade: 39 Anos 11 Meses 4 Dias
Nascimento: 30/12/1978
Nº: 70 Bairro: SENZALA
Nac.: BRASILEIRA
Pai:
Responsável:

Nº OCORRÊNCIA:

Sexo: MASCULINO
Est.Civil: CASADO(A)
CEP: 55819111
Doc nº: 765158
Tel.: 9317179

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 rosto após acidente de moto.
Negativa alergia

TRATAMENTO:

1 Cetoprotetor olho
2 Dexanestesia olho
3 Musculare pl cosa
4 Diclofenaco olho 50 mg

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA INTERNADO

CURATIVO

BÁSICO

TÉCNICO / COREN

JUSTIFICATIVA:

NEBULIZAÇÃO

RETIRADA DE PONTO

Adriano Coelho

ENCAMINHADO:

REMÓVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

CONSULTAS /ATENDIMENTO MÉDICO:

URGÊNCIA BÁSICA URG. ESPECIALIZADA
 OBS. BÁSICA OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

Nicholas Figlioli
Médico
CRM/PE: 25768

DATA SÁIDA:

HORA SÁIDA:

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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: MARIA CRISTOVAO DE FARIA

KOTE SEGURO
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 HIGIDO, COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ UMA SEMANA, EVOLUINDO COM CEFALÉIA INTENSA E PERSISTENTE. FEZ CT DE CRANIO 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
C.R.F. - 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 :

Clinica	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 RELACIONADA A 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 Data : ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> NÃO	
Assinatura / Carimbo do Médico	Assinatura / Carimbo do Médico	
Dispensado por :	Recebido por :	Data / /

5-3 JL

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: COMENTÁRIOS:
 IDADE: SEXO:
 QUARTO:
 ID DA AMOSTRA: 37
 COLHIDA EM: 9/12/2018 09:38:05
 DATA/HORA INÍCIO TESTE: 9/12/2018 09:32:07

PRIORIDADE: **ROTINA**
 FLUIDO: Soro

***MÓLISE (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
RESERVA ALCALINA	27	mmol/L			22-30
3FATASE 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
 18/10/19

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]
LYMPH	1.65	[10 ³ /uL]	
MONO	1.21	+	[10 ³ /uL]
EO	0.22	[10 ³ /uL]	
BASO	0.01	[10 ³ /uL]	

80.7	+	[%]
10.3	-	[%]
7.5	[%]	
1.4	[%]	
0.1	[%]	

IG 0.09 [10³/uL]

0.6 [%]

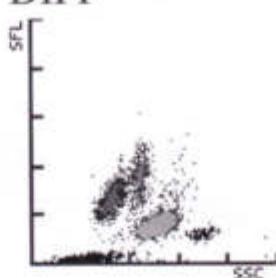
DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO	02%
SEGMEN	80%
EOSIN	01%
LINF	10%
LINF ATIP	—%
MONO	07%
BASO	.....	.....%

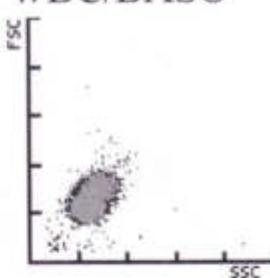
SERIE VERMELHA

NORMOCITICA	+	.....
NORMOCROMICA	+	.....
MICROCITOS	.....	.....
MACROCITOS	.....	.....
ANISOCITOSE	.....	.....
ERITROBLASTO	.....	.....

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

META	.....	.....%
MIELO	.....	.....%
PROMIELO	.....	.....%
BLASTO	.....	.....%

OBSERVACOES:

GRAN TOXICAS +

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
Tipo amostra Paciente Apelido 5 SUL L-5 ID Rack: 60
ID Posição 2

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

Carteira de Física C. da Sra
Biomédica
2018-2788

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
Setor 119

CANTERBURY

Just nation at 50 and 100



CACC-01

AMERICAN JOURNAL OF
PHOTOGRAPHY

ESTATE PLANNING

7.651.586

30/11/2009

«« JOSE NILSON DE SANTANA »»

△△
△△
▽▽
▽▽

CARPINA - PE

30/12/1978

«**CN 44898-LA41-F242V,CART,SEDE**» / CARPINA PE 13/09/2004

014.947.704-073

1147 115 124 200

卷之三

2-12-18

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

014.947.704-07

Nome

JOSÉ MIGUEL DE SANTANA

Nascimento

20/12/1978