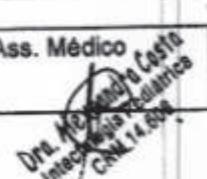
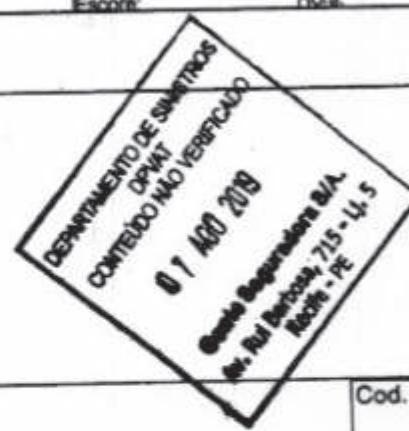


2) Ferimento conto - contuso
em região occipital direita

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas	Glasgow: Abertura Ocular Escore: <input type="checkbox"/> Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: <input type="checkbox"/> Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: <input type="checkbox"/> Hora:
glasgow: 12				
E: Exposição/Abdômen: plano, depresivo				
Diagnóstico Inicial: 1) TCE moderado				Cod. Procedimento
Conduta: 2) Ferimento em exame estrelado				Ass. Médico 
3) TC de crânio + parceria da NCR				Ass. Enfermagem



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

Definição do Caso: <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido Internado na Clínica: Transferido para: Autorização para A Médico: Termo de alta: - Estou ciente de que existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários. Data: No. da identidade: _____ Assinatura: _____ Nome completo legível: _____	Condição de Alta: <input type="checkbox"/> Admitiu-se <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Termo para Internamento: - CRONOGRAMA Data: <u>17/02</u> Hora: <u>12h</u>	
Nome completo legível: _____ Assinatura: _____	
Termo de responsabilidade de alta a pedido: - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir. Data: No. da identidade: _____ Assinatura: _____ Nome completo legível: _____	
Data e Hora Impressão: 12-Feb-18	

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BARBARA GONCALVES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00363

CONTA: 00000009486-3

Autenticação:

A443A49570194760E43F44739FE57EB100ADDFA30E81B821E0B85934D1079817

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



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

ANA LUCIA GONCALVES DA SILVA
P/ X AO PAO DA VIDA
CPF: 766.246.894-00 NIS: 20032970417

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ASSEMBLEIA DE DEUS 116
RUA DA ASSEMBLEIA
ILHA JOANA BEZERRA/RECIFE
50080-270 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

12/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

274,44

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

05/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

05/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

072058352

CONTA CONTRATO

004011707454

Nº DO CLIENTE

200299667

Nº DA INSTALAÇÃO

0004131805

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5C89.D179.7CE9.366F.C339.9F7F.2479.4B41

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,25673623	7,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,44353754	31,04
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,66530632	79,83
Consumo Ativo superior a 220 kWh	153,00	0,73922924	113,10
Acréscimo Bandeira AMARELA			5,57
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,73
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-MF 080534848-06/05/19			1,75
ICMS_Subvenção Baixa Renda			1,57
TOTAL DA FATURA			274,44

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
240,83	15,00	36,00	240,83	0,74	1,77	240,83	3,42	8,29

DEPARTAMENTO DE SISTÉMOS

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Gerate Seguradora S/A,
Av. Sul Barbosa 7150, 5º
RECIFE - PE

HISTÓRICO CONSUMO

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO METRADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
9885000000082868852	CAT	04/07/2019	21.441,00	05/08/2019	21.814,00	32	1,00000	0,00	373,00

DATA PRÓXIMA PARA APROXIMA FUTURA: 04/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍCION	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun/2019					
DIC-No. de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DIMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DCR-Duração de Interrupção em dia crítico					Límite DCR=1,30
ETRDO-Máter da Energia de Uso = R\$ 85,48					
Todo Consumidor pode solicitar a expedição dos Indicadores DIC, FIC, DIMC e DCR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você pedalar e mercada petybom: rua braco do norte ilha joana bezerra / thais
carqueir: estrada dos remedios 427 afogadosLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (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 N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 59,16.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004011707454	08/2019	274,44	12/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

8385000000024 744400110047 011707454102 142156979936

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005643-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 9142
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

JARBAS BRANDAO DE SIQUEIRA SANTOS
CPF: 583.498.524-15

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MATIAS DE ALBUQUERQUE 223 AP-604
Bairro: Sítio Antônio Recife
CEP 50010-090 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO
02/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/06/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

25/06/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

067401836

CONTA CONTRATO
004003839066

Nº DO CLIENTE
2900490097

Nº DA INSTALAÇÃO
000320516

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

14CF.616A.2CD5.D29F.40B0.8C31.825D.AC91

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	237,89	0,74193679	175,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,43
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-NF 059648073-25/04/19			2,10
TOTAL DA FATURA			209,45

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
176,26	25,00	44,06	176,26	8,17	13,89	176,25	8,79	1,58

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MÉDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DA LEITURA	CONSTANTES	AJUSTES	CONSUMO (kWh)
30000003171528979	CAT	27/06/2019 4.850,00	28/06/2019 5.187,90	29	1.00000	0,00	237,99

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 28/07/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios central salvador: avenida guaranápe santo antônio / cbn
Informática: pr da independência 23 santo antônio, lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 33.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%/mês/14(ANEEL), Juros 1%a.m(Ley 10.438/92) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004003839066	06/2019	0,00	02/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Caixa Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	PERÍODO	PERÍODO
DIC-Não horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	4,71	8,43	18,86	06/2019	
RIC-Não horas sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45		
DRIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,00	0,00	0,00		
DRIC-Duração de interrupção em dia crítico						Linha DRIC: 12,32	
ELNBD-Valor da Encargos de Usos = R\$ 70,71							
Todo consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, RIC, DRIC e DRIC a qualquer tempo.							

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do sinistro, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
COUTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2019
Gaúcho Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Pelo exposto, eu JOSIMAR CARVALHO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 402.061.239-30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário BARBARA GONÇALVES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.950.864-00, do sinistro de DPVAT cobertura IMóvel de 3 da Vítima GLEIBSON WILLIAMS GONÇALVES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 163.356.414-29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Matias de Albuquerque, edif. Banco Meio</u>		Número	<u>223</u>	Complemento	<u>Sala 804</u>	
Bairro	<u>Santo Antônio</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>50010-090</u>
Email	<u>josimars.advogado@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(81) 99987-5498</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(81) 99188-9751</u>		

Recife-PE, 07 de agosto de 2019
Local e Data

Josimara Carvalho de Souza
Assinatura do Declarante

Ficha de Atendimento

Número do Registro

932401	Data e Hora de Atendimento: 12/02/2018 20:36	Local de Entrada: EMERGENCIA PEDIATRIC Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1622650 Paciente: GLEYBSON WILLAMS GONCALVES DA SILVA SIC Data de nascimento: 02/07/2010 Idade: 7a 7m 12d Sexo: MASCULINO		
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: BARBARA GONCALVES DA SI
DOC ID / Data expedição /	Mãe: BARBARA GONCALVES DA SILVA Pai: Gleybson Williams da Silva	Cartão SUS:
Endereço: RUA ASSEMBLEIA DE DEUS Bairro: JOANA BEZERRA Cidade: RECIFE		Numero 117 Complemento: UF: PE Telefone: 985027863 OK
Ocorrências: NEPI		
Motivo do atendimento: QUEDA		
Procedência: DOMICILIO		
Informações do Serviço Social: 12102 - Atendimentos realizados com abordagem no		
Confirmação de nome: bce o motivo de seu Fones:		Assistente Social
Confirmação de endereço: juntamente. Faz a escuta de idéia.		sede Corrêa
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Correia Sousa
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Pùblico <input type="checkbox"/>		Assistente Social
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		
História Clínica: menor com história de queda ao menor ature há + 40 minutos, - com vomito durante os ultimos		
Atendimento Médico Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5 DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPNAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 07 AGO 2019 Assistente Social: V.A.
Exame Físico: A: Geral: Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: B: Respiratório: rr+ Síntese em A+		
C: Circulatório: PA: X mm	PULSOPOMOGRAFIA - HR bpm PULS 25 PMS 110mmHg TAG Realizada: () Sim () Não	

Contraste: _____ () Sim () Não

Assinatura e Carimbo: **LUCAS**

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

12/02/2018 20:33

Nome Paciente:	GLEYBSON WILLAMES GONCALVES DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	02/07/2010
Sexo:	Masculino
Idade:	7
Senha:	EP0042
Convênio:	-
Atendimento:	

12/02/2018 20:33 - MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Sintoma Principal: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM LESÃO CORTO CONTUSA EM PARIETAL DIREITA
APOS BATER EM UM BATENTE HA 30 MINUTOS E SONOLENCIA.
NEGA PERDA DE CONSCIENCIA

Observação: PESO=26 KG

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: PEDIATRIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 1
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2019
Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

NCIZ - PED

12/02/2018

HD: Fraturz com esguinhamento

paciente caiu com queda de 1m
resultado em novo intercorrimento
após 2 admissions tem retardo de
24h e 24h de procedimento

TC: secundário
TC: crônico: Fraturz com esguinhamento

fechado
Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA
Data: 12/02/2018 20:33

Paciente caiu de cima de 1m
no momento da quebra 14 (4+4+6)
procedimento fechado

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 932401

Nome: Gleybson W. G. da Silva

Foi atendido às 20:36 hs. do dia 12/02/18

Diagnóstico Próvel: TCE

Fratura glânia c/ afundamento
po de tratamento cirúrgico
de fratura com afundamento
estável

Tratamento Realizado:

Tratamento cirúrgico

Observação:

Retorno no Ambulatório
de Dr. Silvana com 15 dias
Retirar os pontos no posto de
saúde com 14 dias de cirurgia

Cópia de:

Dr. Nelson Gómez
CRM-PE 2545 CRM-Nº
CRM-PE 2545 CRM-Nº

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Brasile Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

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.

Cód. 0157



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Ncr 1210218

Paciente evolui bem, p/ interconsulta
refera queixas, afibril, eupneico
e/ ou ambiente.

EN. OK

CD: discutido com equipe e
aceitação que auxiliará
Alta hospitalar.

Levando CT 15 dias cr/da.
Suzana.

Retirar pontos C/14 dias
de cuidados.
Higide

Dr. Nando Góes
Médico Residente
Neurocirurgião
CNPJ: 26.385





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Gleybson Williams

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Enfermaria/Leito

401 - 7

Registro

932601

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Enfermagem +

16/02/18

Menor evolui consciente, orientado, eunúco, dura 10, MP em MSD, FO limpa, xro quixas, abdome flácido.

Ellni (D)

Enfermeira:
Erika Cristiane
Enfermeira
COREN 235.061

16/02/18

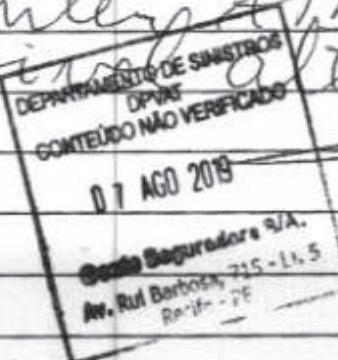
ENFERMAGEM

Evolução em GCM, apesar de
experiência de febre, MP em MSD,
dura 10, FO limpa.

NCR 16/02/18

Paciente evolui bem, sem febre, sem
dor abdominal, afebril, ECG, ECO, TC, PR, P definid
motor.

CD: Manter STB
possível alta amanhã



11 Manter paciente
possível alta amanhã



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Gleyson Gonçalves

--

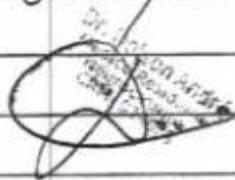
--

EVOLUÇÃO CLÍNICA

2 Note que a data = 13/01/18
Paciente realizado tratamento cirúrgico
de fraturas com afadamento. procedimento realizdo
seus corretamente.

CD: ASR

- Serviço Clínico



13/01/18

SRPA

20:30h.

AD: PDI Correção cirúrgica de
afundamento da orelha

Paciente segue evolução clínica aceitável
Ativo e perfeito, colabonando com o exame.

Hoje: FEVER, Cefaleia, infecções
Hb = 12,5 g/dL s1 mm fr = 20 ipm.

Rez em 25 de 300 sis fr = 85 bpm

ABP 100+ mm. SPO2 = 98%.

CO: 1) Faz alta SICAS.
2) Faz cintilografia do RCR.

Dr. Augusto Corrêa
clínico da medicina
08/01/2019



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Greyson Willians

932401

EVOLUÇÃO CLÍNICA

13/02/18

Vitima de acidente de moto.
TCE e ferme e feridas fechadas.

Consulindo si interconexão, a ferme, aferir OK, deambulacão de bombeiros si intercorrências.

Refere dor de cabeca no local do impacto q des minimis qdescep, EGR, cephalea, hinchados, maois-corradas.

PR - 111 pms. 010

CV - RCR si long si 50 ms.

AD - plaus sedativos, inidr.

BN = Glasgow 15 FM + duplos isocnus.
Facial integras

si deficit motor.

Col - Diale + ? NCE.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Caixa Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
Recife - PE

15/02/18

EVOLUTIVO Realizado curativo antiséptico e clorídico, tolcoolôpico, aspecto limpo sem sinais flogísticos permanecendo edema.



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Governo do Estado de Pernambuco
Av. Rui Barbosa, 715 - J. 5
Recife - PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NCR 14/02/18

Paciente evolui estavel, ϕ interconexão, eupneico, n/a queixas no momento. EM mantida

CS: ATB

Solicito TC de raios controles
suporte clínico

NCR 15/02/18

Paciente evolui b-, ϕ interconexão, aceita dieta, adspansante n/a sede, n/a cefaleia, n/a mictite, n/a fadiga, n/a limfa de Rca.

CS: ATB Complexar 5 de ATB
TC controle normal. Dijo
novo lesões a fundo
Suporte clínico

Dr. Nando Gom
Médico Presidente
HRR - PE 2556

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Gleison Willians Gonçalves da Silva Nº do Registro : 1622150

Clínica : NCR Nº do Leito :

Operador : Jelson Andre

1º Assistente : Vandinho Gavas 2º Assistente :

Instrumentador : Anestesista : Intra + Batina

Anestesia : Duração :

Data da Operação : 13/02/18 Início : Fim :

 Diagnóstico Pré-Operatório : Fissura com Afundamento de
Cavalo Parietal direita.

Diagnóstico Pós-Operatório : II II

 Operação Proposta : Tistema Cirúrgico de Sutura Com
Afundamento

Operação Realizada : II II

 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

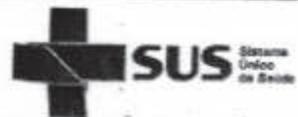
 Geric Seguradora SIA.
AV. RUI BARBOSA, 715 - 14.5
5001-222

 ① Remova tecido ósseo dorsal, cabeça fêmur
para limpeza; limpeza + antiséptico + apóscia
de campo externo.

 ② Incisão de pele a partir da lesão + fixação
apertamento da incisão em linha reta. Verifica
fragmentos de ossos fistulados, e pra base do dente
do folheto externo. Realizo lavagem extensa
e limpa do folheto externo. - 18 mm x 5 cm

 ③ Sobre enxoval + fechamento da lesão
com Catgut + Nylon 2-0.

④ Curativo Corpo Serrapilheira



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Elybson W.G da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1622650

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de Mario S/C

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO



23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

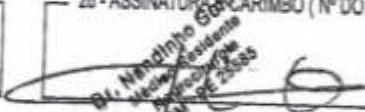
PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/02/18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)



27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

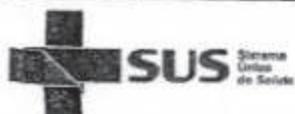
AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES
0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

gleysson william sierra

6 - N° DO PRONTUÁRIO
932401

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de crânio

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

com sedação S/N

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Sem contraste

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCs no dia 06/08

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Gusta Barbosa B.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11º
Recife - PE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Alexsandria costa

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12 / 2 / 18

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

026.274.154-76

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

Dra. Alessandra Costa
Intercalada Pediatria
CRM PE 002

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

TOMOGRAFIA - HR

29 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

1202118 TAC Realizada: () Sim () Não

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)

Contraste: () Sim () Não

Assinatura e Carimbo: Lúcia

Cod. 0421

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

ELAÇÃO DE MATERIAIS USADOS NA CIRURGIA

QUANT.	MATERIAL	QUANT. MATERIAL	QUANT. MEDICACAO	QUANT. MEDICACAO
<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha 25x07	Fio protene s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	Adrenalinha
<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha 40x12	Fio de seda	<input checked="" type="checkbox"/>	Aqua destillada 10ml
<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha 13x4	Fio simples	<input checked="" type="checkbox"/>	Alcurônio
<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha de bloqueio ()	Fio simples	<input checked="" type="checkbox"/>	Alfentanila (rapifen)
<input checked="" type="checkbox"/>	Atad. Crepe	Fita cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/>	Antibiótico
<input checked="" type="checkbox"/>	Atad. Gessada .	Gase	<input checked="" type="checkbox"/>	Pancurônio
<input checked="" type="checkbox"/>	Capa microscópico	<input checked="" type="checkbox"/>	Hemostático	Pomada oftálmica
<input checked="" type="checkbox"/>	Capa de vídeo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina bisturi nº (1) (2)	Propofol
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. Subclávia	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 7.0	Rantidina
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. venopuncção nº	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 7.5	Rocurônio (esmeron)
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. de oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 8.0	Savorane
<input checked="" type="checkbox"/>	Câra óssea	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva de procedimento	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	C. de urina fechado () aberto ()	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa Insulina () 5cc ()	Soro fisiológico 500 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	Compressa cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10cc () 20cc ()	Soro fisiológico
<input checked="" type="checkbox"/>	Conexão 2 vias	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema de drenagem () ()	Soro glicosado
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda endotraqueal ()	Soro Ringer 500ml
<input checked="" type="checkbox"/>	Eq. De bomba	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda de foley nº ()	Suxametônio (quelichin)
<input checked="" type="checkbox"/>	Eq. De soro	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda nosogástrica nº ()	Tracium
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio cromado	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda uretral nº ()	Vitamina C
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio cromado	<input checked="" type="checkbox"/>	Torneira de 3 vias	Vitamina K
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de aço	<input checked="" type="checkbox"/>	Vidro de aspiração	Xilocalna C/A
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de algodão c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Xilocalna S/A
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de algodão c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Xilocalna geléia
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de algodão s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de algodão s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quelicin
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon 2-0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tacamal
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio protene c/a 4-0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio protene c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio protene-s/a c/absorb 2-0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE SUSTRATOS
CONTENDO OPAS
CONTENDO OPAS
01 ABL 2018
Rui Barbosa
Ribeirão Preto

QUANT.	MATERIAL	QUANT. MATERIAL	QUANT. MEDICACAO	QUANT. MEDICACAO
<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha 25x07	Fio protene s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	Metoclopramida (plasti)
<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha 40x12	Fio de seda	<input checked="" type="checkbox"/>	Naloxona (narcan)
<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha 13x4	Fio simples	<input checked="" type="checkbox"/>	Neocaina
<input checked="" type="checkbox"/>	Aguilha de bloqueio ()	Fio simples	<input checked="" type="checkbox"/>	Neostigmine
<input checked="" type="checkbox"/>	Atad. Crepe	Fita cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/>	Pancurônio
<input checked="" type="checkbox"/>	Atad. Gessada .	Gase	<input checked="" type="checkbox"/>	Pomada oftálmica
<input checked="" type="checkbox"/>	Capa microscópico	<input checked="" type="checkbox"/>	Hemostático	Propofol
<input checked="" type="checkbox"/>	Capa de vídeo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina bisturi nº (1) (2)	Rantidina
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. Subclávia	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 7.0	Rocurônio (esmeron)
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. venopuncção nº	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 7.5	Savorane
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. de oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 8.0	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Câra óssea	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva de procedimento	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	C. de urina fechado () aberto ()	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa Insulina () 5cc ()	Dexametasona
<input checked="" type="checkbox"/>	Compressa cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10cc () 20cc ()	Diazepam
<input checked="" type="checkbox"/>	Conexão 2 vias	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema de drenagem () ()	Dipirona
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda endotraqueal ()	Dopamina
<input checked="" type="checkbox"/>	Eq. De bomba	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda de foley nº ()	Dormonid
<input checked="" type="checkbox"/>	Eq. De soro	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda nosogástrica nº ()	Enflurano
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio cromado	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda uretral nº ()	Etilefrina (efortil)
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio cromado	<input checked="" type="checkbox"/>	Torneira de 3 vias	Fenitoina (hidantoina)
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de aço	<input checked="" type="checkbox"/>	Vidro de aspiração	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de algodão c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fentanil
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de algodão c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Furosemida (lasix)
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de algodão s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gelafundin
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de algodão s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Glicose 10ml
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon 2-0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gluconato de sódio
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Heparina
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio protene c/a 4-0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	hidrocortisona
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio protene c/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hypnomidate
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio protene-s/a c/absorb 2-0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Iosflurano
<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	Lanexat (flumazinil)
<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	Manitol
<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	Meperidina (Dolantina)

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Glebxson William Gomes dois da Silva REGISTRO: 1622650
 IDADE: 04 SEXO: M() F() SETOR DE PROCEDENCIA: Emerg. pediátrica

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGÃO: Adeison ANESTESISTA: Mauro Barbosa /
 Andréa e Luciana
 1ºAUXILIAR: Vanildo 2ºAUXILIAR: — INSTRUMENTADOR: —
 ENFERMEIRA: Terezinha/Bucana CIRCULANTE: Andressa Roberta

2-DADOS DA CIRURGIA: Ressecção de agromamento de crâneo

CIRURGIA: Ressecção de agromamento de crâneo INICIO: 17:45 TÉRMINO: 18:30
 TIPO DE ANESTESIA: geral INICIO: 17:30 TÉRMINO: —

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR() GRAVE() NÍVEL DE CONSCIENCIA: CONSCIENTE() ORIENTADO() SONOLENTO() SEDADO() INCONSCIENTE()
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA ENTUBADO() TRAQUEOSTOMIZADO() CIRCULAÇÃO: FREQUENCIA CARDIACA: 92 PULSO: 92 PA: 104 x 68
 PEL: INTEGRA () LESIONADA() DIURESE: ESPONTÂNEA SONDA() DISPOSITIVO URINARIO() ALERGIA: ? PERTENCES: —
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP() TRICOTOMIA() MARCAÇÃO DO SITIO CIRÚRGICO: SIM() NÃO() PROTESE DENTARIA: SIM() NÃO()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: FOWLER() LATERAL() DORSAL() VENTRAL() GINECOLOGICA() PROTEÇÃO OCULAR: SIM() NÃO() DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO: gládio
 CONTAGEM DE COMPRESSAS INICIO: — FINAL: — CONTROLE DE INSTRUMENTOS: DEPLACIA CIRÚRGICA: —
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM() NÃO() QUAL: — HORA: — CONTEÚDO NÃO VERIFICADO: INICIO: — FIM: —
 PREENCHU COTA: SIM() NÃO()
 GARROTEAMENTO: SIM() NÃO() TEMPO DE GARROTE: INICIO: — FINAL: 01 AGO 2019
 TAGEM DE INSTRUMENTAIS: — CONFERIDO POR: — HORA: —
 GAROTO Seguradora SA
 AV. Rui Barbosa, 735 - 41-5
 Recife - PE

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR() OXIMETRO() CAPNOGRAFO() PNI() ASPIRADOR MONTADO() MANTA TERMICA() AP.VIDEO() TORPEDO DE NITROGENIO() TORPEDO DE CO2() BISTURI ELETRICO() MICROSCOPIO() CAVITRON() INTENSIFICADOR() BOMBA DE INFUSÃO() DIPRIFUSOR() ESTIMULADOR DE NERVOS() DERMATOMO() BISTURI ULTRASSONICO()
 INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM() NÃO()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM() NÃO() NOME DA PEÇA: — MATERIAL: —
 SOLUÇÃO: — IDENTIFICADO POR: —
 CULTURA: SIM() NÃO() EXAMES LABORATORIAIS: SIM() NÃO() GASOMETRIA: SIM() NÃO() RX: SIM() NÃO()



Paciente	Registro:
Gleison Williams Gonçalves da Silva	Box/Leito/Enfermaria:

Lando

Menor foi vítima de
atropelamento em 12/2/18.
foi internado nesse mesmo
TRCC mostrou fractura
ajundavam de crâno
temporal D. Após o trauma
vem evoluindo com
distúrbios de comporta-
mento

CRM 10.506
FBI

Data: 20/03/19

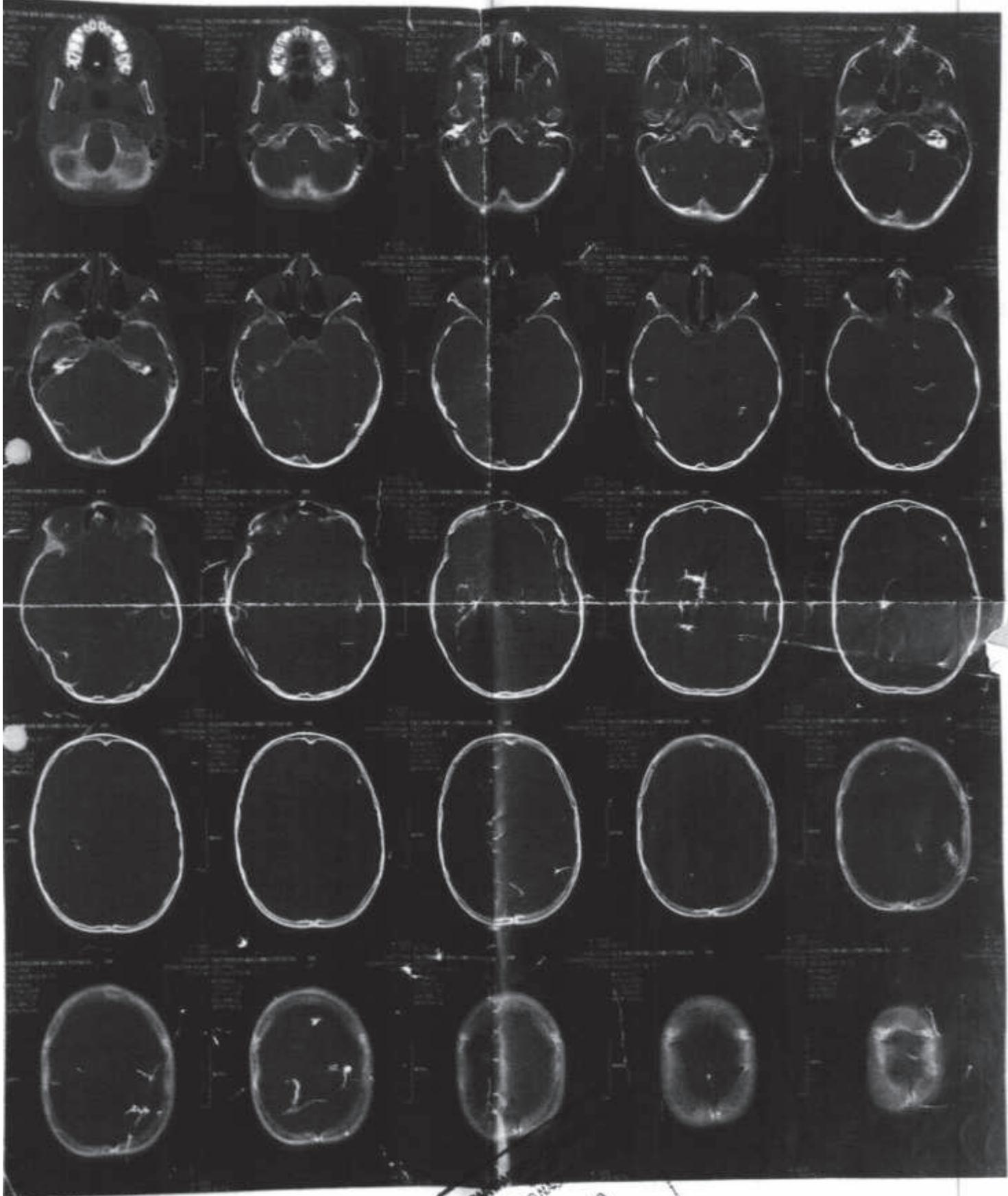
Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

figueres

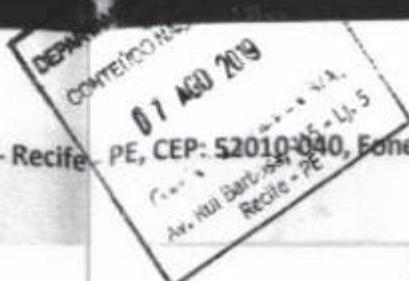
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2019

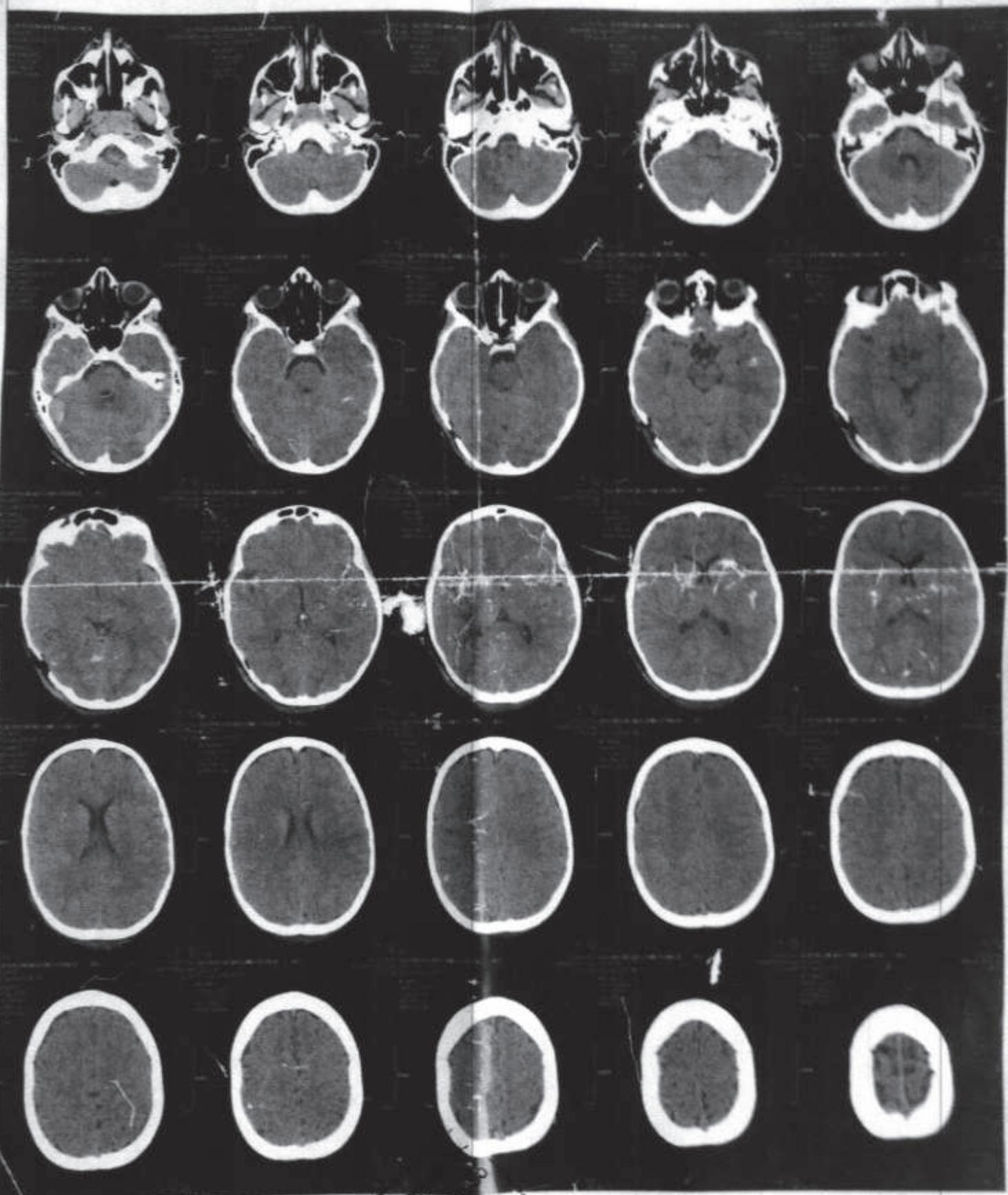
Geste Seguradora S/A
Av. Ruf Barbosa, 715 - 16.5
Recife - PE

COD. 0340



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





Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife
DEPARTAMENTO DE
DIA
Treinamento
010 2019

CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

MOVIMENTO DE 2019

Paciente:

Glybson William Gonçalves

Registro:

Box/Leito/Enfermaria:

Clinica:

da Silver

lau de.

Informo, que o paciente
foi vítima de traumatismo
craneoencefálico com fractura
profundamente do crânio. Foi
submetido a tratamento neuro-
cirúrgico. Encontra-se dis-
túbio de comportamento de-
corrente faz uso de suspen-
sas

CDDIO: 506
fgr

CRM 8226
Set/2019
Urgeira Ingrid

Data: 02/08/19

Ass. Carimbo/Médico/GREMEPE

Suposição

COD. 0340

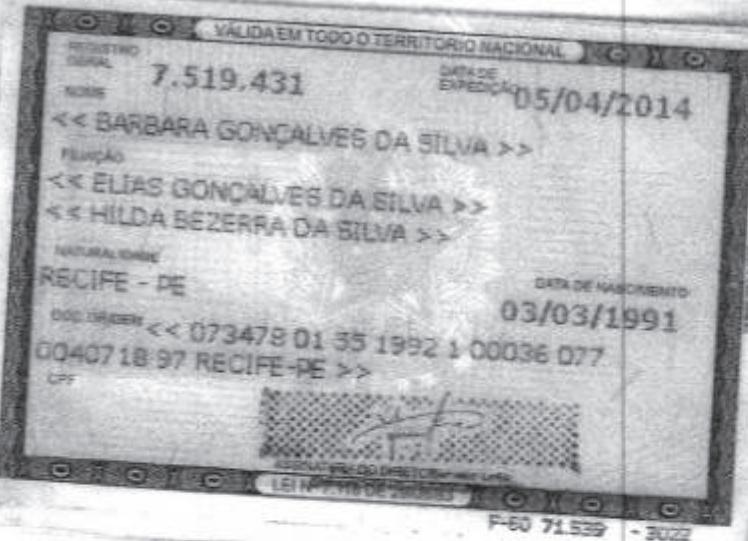


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

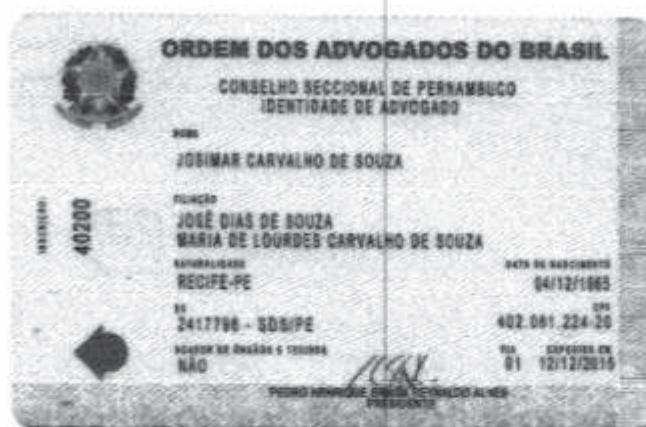
Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REGISTRO SERIAL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
10.997.689		DATA DE EXPEDIÇÃO 20/03/2019
NOME << GLEIBSON WILLAMS GONÇALVES DA SILVA >>		
FILIAÇÃO << GLEIBSON WILLAMS DA SILVA >> << BARBARA GONÇALVES DA SILVA >>		
NATURALIDADE GUARARAPES - PE DOC. ORIGEM << 073478 01 55 2010 1 000070 233 0079938 13 RECIFE-PE >>		DATA DE NASCIMENTO 02/07/2010
CPF 163.356.414-29		<i>Paulo de Carvalho</i> FÁBIO A. TENORIO DE CARVALHO ASSINATURA DO DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
LEI Nº 7.110 DE 29/06/83 219166522209159219.8572788 F-45 69.306 - 3023		



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2019
Gama Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190468169 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIBSON WILLAMS GONCALVES DA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
SILVA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIANO MODERADO COM AFUNDAMENTO DE CRANIO E HEMORRAGIA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA ORIENTADO, ATENTO, RESPONSIVO.

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO TOTAL DA LESAO MAS EVOLUI COM DISTURBIO COMPORTAMENTAL EM USO DE PSICOTROPICO (RISPERIDONA) DE FORMA CRONICA RELATADO EM DOCUMENTAÇÃO MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190468169 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIBSON WILLAMS GONCALVES DA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
SILVA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIANO MODERADO COM AFUNDAMENTO DE CRANIO E HEMORRAGIA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA ORIENTADO, ATENTO, RESPONSIVO.

Resultados terapêuticos: CICATRIZAÇÃO TOTAL DA LESAO MAS EVOLUI COM DISTURBIO COMPORTAMENTAL EM USO DE PSICOTROPICO (RISPERIDONA) DE FORMA CRONICA RELATADO EM DOCUMENTAÇÃO MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190468169 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIBSON WILLAMS GONCALVES DA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA.
FRATURA DO CRÂNIO COM AFUNDAMENTO DA REGIÃO PARIETAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @16SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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: 3190468169 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIBSON WILLAMS GONCALVES DA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA.
FRATURA DO CRÂNIO COM AFUNDAMENTO DA REGIÃO PARIETAL DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @16SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190468169

Vítima: GLEIBSON WILLAMS GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BARBARA GONCALVES DA SILVA

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, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190468169

Vítima: GLEIBSON WILLAMS GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), BARBARA GONCALVES DA SILVA

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, 31 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190468169**

Vítima: GLEIBSON WILLAMS GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BARBARA GONCALVES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **BARBARA GONCALVES DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **341**

Agência: **000000363**

Conta: **0000009486-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
163.356.414-29 GLEISON WILLIAMS GONÇALVES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

GLEISON WILLIAMS GONÇALVES DA SILVA

6 - CPF:

163.356.414-29

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua Assembleia de Deus

9 - Número:

336

10 - Complemento:

Esa

11 - Bairro:

Jardim Joana Bezena

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50.080-270

15 - E-mail:

—

16 - Tel.(DDD):

(81) 99987-5498

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:

BARBARA GONÇALVES DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

094.950.864-00

19 - Profissão do Representante Legal:

DO LAR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO 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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAV

AGÊNCIA: 0363

CONTA: 09486

(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 efeitos da cobertura de invalidez permanente 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 prestar declaração com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Márcia Souza

Recife - PE

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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

 Não

Vivos: Falecidos:

 Sim

30 - Vítima deixou

 Não

nasceu (máis nascer)?

 Sim

31 - Vítima teve irmãos?

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim

Vivos: Falecidos:

 Não

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 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 rogo/a pedido

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

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

40 - Local e Data:

Barbara Gonçalves da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

Josimar Bonvallo de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 3190468169
Nome do(a) Examinado(a): Gleibson Willams Goncalves da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Assembleia, 116
Ilha Joana Bezerra Recife PE CEP: 50080-270
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10997698
Data local do acidente: [12/02/2018]
Data local do exame: [19/08/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA CRANIANO MODERADO COM AFUNDAMENTO DE CRANIO E HEMORRAGIA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO PARA DRENAGEM E CRANIOPLASTIA
Complicações: DISTURBIO COMPORTAMENTAL
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA ORIENTADO, ATENTO, RESPONSIVO.

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

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

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

DEFICT COMPORTAMENTAL LEVE EM USO DE MEDICAÇÃO PSICOTROPICA.

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 "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):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE
% 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. LUIZ CASANDRA
Médico
CRM: 17761



539826
0269562119
3100268169

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003^a CIRCUNSCRIÇÃO - JOANA BEZERRA - DP3^aCIRC DIM/1^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0093000935

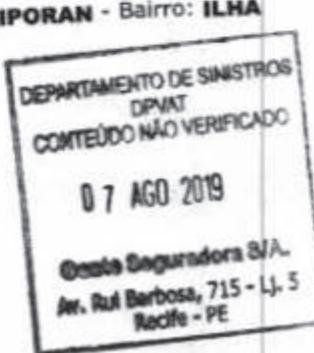
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/05/2019 às 14:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 12/2/2018 no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 1, RUA IBIPORAN** - Bairro: **ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
BARBARA GONÇALVES DA SILVA (NOTICIANTE)
GLEIBSON WILLIAMS GONÇALVES DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

GLEIBSON WILLIAMS GONÇALVES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BARBARA GONÇALVES DA SILVA** Pai: **GLEIBSON WILLIAMS DA SILVA** Data de Nascimento: **2/7/2010** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10997689/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 117, RUA ASSEMBLEIA DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

BARBARA GONÇALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **HILDA BEZERRA DA SILVA** Pai: **ELIAS GONÇALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **3/3/1991** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7519431/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81985027863**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 117, RUA ASSEMBLEIA DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEÍCULO**

Complemento / Observação

**INFORMA A NOTICIANTE QUE NO DIA E HORA ESPECIFICADO NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA A VÍTIMA
BRINCAVA NA RUA, PRÓXIMO DE SUA CASA, E UMA MOTO DE PLACA E MODELO NÃO IDENTIFICADO O
ATROPELOU; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO COM AFUNDAMENTO DE
CRÂNIO CONFORME LAUDO DATADO DE 20/03/2019, ASSINADO PELA DRA. SUZANA SERRA - NEUROCIRURGIA
INFATIL - CRM 8226.**

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

Barbara goncalves da Silva

BARBARA GONÇALVES DA SILVA

(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **CARLOS TRAVASSOS MOTA** - Matrícula: **2213915**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
163.356.414-29 GLEISON WILLIAMS GONÇALVES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

GLEISON WILLIAMS GONÇALVES DA SILVA

6 - CPF:

163.356.414-29

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua Assembleia de Deus

9 - Número:

336

10 - Complemento:

Esa

11 - Bairro:

Jardim Joana Bezena

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50.080-270

15 - E-mail:

—

16 - Tel.(DDD):

(81) 99987-5498

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:

BARBARA GONÇALVES DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

094.950.864-00

19 - Profissão do Representante Legal:

DO LAR

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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAV

AGÊNCIA: 0363

CONTA: 09486

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 efeitos da 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 prestar declaração com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Gloria Souza

Recife - PE

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

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim

30 - Vítima deixou

 Sim

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 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 rogo/a pedido

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

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

40 - Local e Data:

Barbara Gonçalves da Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

GLEIBSON WILLIAMS GONCALVES DA SILVA

MATRÍCULA

0734780155 2010 1 00070 233 0079938 13

**DATA DE NASCIMENTO POR EXENSO
DOIS DE JULHO DE DOIS MIL E DEZ**

104

100

ANSWER

地圖集

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E LIMA PE DA MÍDIA

1000

ELIAS GLEIBSON WILLIAMS DA SILVA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO MÁXIMO

07 AGO 2019

Centro Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Bacile - PE

Digitized by srujanika@gmail.com

GEMPOS	NOME E MATRÍCULA DOS GEMPOS
NÃO	XXXXXXXXXX

DATA DE REGISTRO POR EXTERNO
SEIS DE JULHO DE DOIS MIL E DEZ

NUMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO
30-52945931-5

DISCUSSIONS AND NOTES

ATO REGISTRAR NO LIVRO 79-A, FOLHAS 233, SOB O N. 79.938.

MEIA MARATONA CANTUÍRIO DO 10º DISTRITO

OFICIAL REGISTRADOR: RUMILDO PACHECO DA SILVEIRA
SUBSTITUTO: CALIOPÉ JOSÉ MONTEIRO DA SILVEIRA
ENDEREÇO: RUA FALCÃO DE LACERDA Nº 328 - TEJUPÁ - RECIFE-PE
CEP: 50.930-010 - FONE: 32815130

Querência da competição ambiental. Desafios

Date Last: 06/07/2019

10^o Gravito
College and Plaza
Albuquerque