

o Ferimento aberto - contuso
em região occipital dia

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Escor: _____ Hora: _____ Glasgow: Resposta Verbal Escor: _____ Hora: _____ Glasgow: Resposta Motora Escor: _____ Hora: _____

Glasgow: 12
E: Exposição/Abdômen:
plano depressivo



Diagnóstico Inicial: 1) TCE moderado

Conduta: 2) Ferimento em escudo fechado
1) TC de crânio + punção da NCR

Ass. Médico
Dra. Mariana Costa
Interna de Clínica
CRM 14.608

Evolução de Enfermagem:

Definição do Caso: ☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido
Internado na Clínica: ☐ ☒ Adiu-se ☐ Alta
Transferido para: _____

Condição de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para ☐ Internamento / Transferência: _____ Data: 12/02 Hora: 12h

Termo de ☐ Internamento / Transferência: _____
- Estou ciente de todos os riscos existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirurgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.
Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.
Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ Assinatura: _____
Data e Hora Impressão: 12-Feb-18

ITAÚ – 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: 000000009486-3

Autenticação:

A443A49570194760E43F44739FE57EB100ADDFA30E81B821E0B85934D1079817

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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

DADOS DO CLIENTE

ANA LUCIA GONCALVES DA SILVA
PX AO PAO DA VIDA
CPF: 786.246.894-00 NIS: 20032979417

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

2002929667

Nº DA INSTALAÇÃO

0004131806

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ASSEMBLEIA DE DEUS 116
RUA DA ASSEMBLEIA

ILHA JOANA BEZERRA/RECIFE
50080-270 RECIFE PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,25673023	7,70
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	0,73292924	113,10
Acréscimo Bandeira AMARELA			5,57
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,73
Contrib. Ilum. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-COE-MF 000534848-06/05/19			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	25,00	60,00	240,83	0,74	1,77	240,83	3,42	8,29

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31429280
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130280
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,52367980

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	95,57	36,67
Transmissão	8,71	3,43
Distribuição (Celpe)	52,94	22,06
Encargos Setoriais	5,17	2,15
Tributos	90,87	28,15
Perdas de Energia	10,67	6,54
TOTAL	240,83	100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 215 - Sala 5

RECIFE - PE

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO kWh
0008000008286852	CAT	64/07/2019 21.441,00	05/08/2019 21.814,00	32	1,00000	0,00	373,00

DATA PRÓXIMA PARA A PRÓXIMA FATURA: 04/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
jun/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 0,00
FUSO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 85,40					
Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos Indicadores DIC, FIC, DMC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você pedreira e mercado petyborn: rua braco do norte ilha joana bezerra / thais cerqueira: estrada dos remédios 427 afogadosLista completa em www.celpe.com.br.
No data da leitura a Bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção COE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 50,18.
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.

838500000024 744400110047 011707454102 142156979936



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/BIBLIOTECASWEB/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 Seguro DPVAT, 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.



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 GONCALVES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.950.864/00, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliário da Vítima GLEIBSON WILLIAMS GONCALVES PASQUA 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	Rua Matias de Albuquerque, ed. Banco meico		Número	223	Complemento	Sala 804
Bairro	Santo Antônio	Cidade	Recife	Estado	PE	CEP
Email	josimar.advogado@gmail.com		Telefone comercial(DDD)	(81) 99987-5498	Telefone celular (DDD)	(81) 99188-9751

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

Josimar Carvalho de Souza
Assinatura do Declarante

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero 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 1		Mãe: BARBARA GONCALVES DA SILVA		Cartão SUS:	
Pai: Gleybson willams da Silva					
Endereço: RUA ASSEMBLEIA DE DEUS		Número 117		Complemento:	
Bairro: JOANA BEZERRA		UF: PE		Telefone: 985027863 OK	
Cidade: RECIFE					
Ocorrências:		Visto 15/2/18 NEPI			
Motivo do atendimento: QUEDA					
Procedência: DOMICILIO					
Informações do Serviço Social: 12/02 - Atendimento realizado com abordagem ao					
Confirmação de nome: por o motivo de seu		Fones:		Assistente Social	
Confirmação de endereço: internamento. Fases a escola devida.				Sede, Bruni	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>				Sede Correia Sousa	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/>				Assistente Social	
Outros <input type="checkbox"/>				Assistente Social	
Observação:					
História Clínica:					
menor com história de queda da cabeça atual há ± 40 minutos, associada com vômitos durante o sono.					
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 07 AGO 2019 Código Seguro de Verificação Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5 Bairro de São José					
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 Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo:					
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:					
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?					
Exame Físico:					
A: Geral Visão aérea está pérvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:					
B: Respiratório RR2, consciente, eupnóico, hidratado, euvol					
C: Circulatório PA: X mm Puls: 110 bpm					
RUL 25 Pontf 110mmHg					
TAG Realizada: () Sim () Não					
Contraste: () Sim () Não					
Assinatura e Carimbo: Luciano					

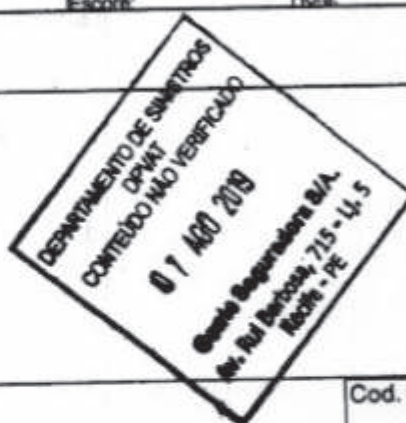
o Ferimento aberto - contuso
em região occipital dx

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: _____	Glasgow: Resposta Verbal Escore: _____	Glasgow: Resposta Motora Escore: _____

Glasgow: 12

E: Exposição/Abdômen:

plano depressivo



Diagnóstico Inicial:

1) TCE moderado

Cod. Procedimento

Conduta:

2) Ferimento em escudo
estabulado

1) TC de crânio + punção
da NCR

Ass. Médico

Dra. Mônica Costa
Interna de Clínica
CRL 14.608

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido

Internado na Clínica:

Transferido para:

adiu-se ☒ Alta

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para

Médico:

Termo de

- Estou ciente de todos os riscos 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:

Nome completo legível:

Assinatura:

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data:

No. da identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Data e Hora Impressão: 12-Feb-18

Data: 12/02 Hora: 12h

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

Queixa 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
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15



NCR - PED

12/02/2018

HD: Fratura com edema

Paciente evolui com quadro clínico
melhorado sem novos intercorrimentos.
Após a admissão tem relato de
TCE secundário a estupeficação
TC cefálico: Fratura com edema
fechada

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

Parietal direita
no momento Glasgow 14 (4+4+6)
procedimento realizado

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 832401
Nome: Gleyson W. G. da Silva

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

Diagnóstico Provável: TCE

Fratura crânio C/ afundamento
po de tratamento cirurgico
de fratura com afundamento
crânio

Tratamento Realizado: Tratamento cirurgico

Observação: Retorno no Ambulatório
de Dra. Suzana com 15 dias.
Retirar o ponto no posto de
saúde com 14 dias de cirurgia

Cópia de:

Dr. Nivaldo Gomes
Médico Assistente
Nº 2585 CRM N°

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Seguros B/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NCR 17/02/18

Paciente evolui bem, com intercorrências
nada graves, afável, expulso
e em ambiente.

EN. OK

CD: discutido com equipe e
preceptoria que orientara
Alta hospitalar.

Reborno c/ 15 dias c/ Alta.
Suzana.

Retirar pontos c/ 14 dias
de cirurgia.
Higienizar

Dr. Nandinho Gomes
Médico Residente
Neurocirurgia
CRM-PE 25545

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPUS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Gleysson Williams

401 - 7

932601

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Enfermagem

16/02/18

Menor evolui consciente, orientado,
eupneico, duto VO, MVP em MSD, FO
limpa, sem quixas, abdome flácido.
Elimi ⊕.

Elka Cristiane
Enfermeira
COREN 235.068

16/02/18

ENFERMAGEM

Evoluiu em GCM, apnéia,
eupneico, duto VO, MVP em MSD,
FO limpa, sem quixas. F.O. limpa.

NCR 16/02/18

Paciente evolui bem, com inter-
consciência, sem quixas no
momento, afebril.
EM ECG 15, PIPR, sem déficit
motor.

CD: Manter ASB

Positivo alta amanhã

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2018

Seguro Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 215 - 11.5
Rio de Janeiro - RJ

Manoel Gomes
Supervisor
RTP - 2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

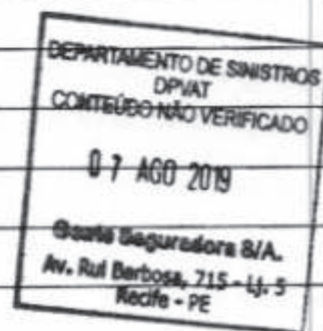
Gleysson Gonçalves

EVOLUÇÃO CLÍNICA

2 Nota Operatória = 13/01/18
Paciente realizou tratamento cirúrgico
de fraturas com afinamento. procedimento realizado
sem mais correções.

CD: A S R
- Suporte Clínico

Dr. Augusto Correia
Clínica Médica
07/02/2019



13/02/18

SRPA

20:30h.

AD: POI Conceito cirúrgico de
fechamento de curativo

Paciente segue estável clinicamente
Ativo e reativo, com bom humor e o exame.

Exame: ECG, Curativo, Intelectual
MU @ em MM SI MA PA = 20 ipu.
RHR em 25 e HR 515 FC = 85 bpm.
AM / OVT - norm. SATO2 = 98%

Dr. Augusto Correia
Clínica Médica
07/02/2019

CD: 1) - 2º dia de SRPA.
e) Ator Teórico do NCR.



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Gleybrouse Withers

932401

EVOLUÇÃO CLÍNICA

13.02.18 Vitimur de grupo de estudo p/ moto.
TCE e protocolo e despedida
fechado.

Evitando si interconecte, a force
chiese OK, desambigua del banco
si interconecte

Refere dor de cabeça no local da
família que no momento que
EGZ, e seus irmãos, no
caso.

AR - MW pres. & PO

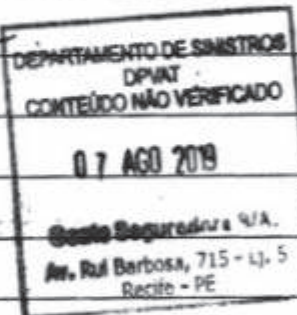
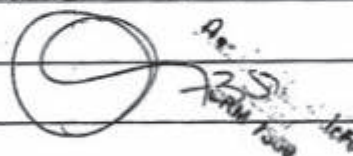
W. R. C. 21 leaf 5/50 pro.

AD- plans federal income

BN = Glasgow JS FM+ pupils isocortex.
Feed into

31 dec 2017	motor
-------------	-------

Col = Date + P. No.	Q. No.	Ans.
12/12/20	1	...
12/12/20	2	...
12/12/20	3	...
12/12/20	4	...
12/12/20	5	...
12/12/20	6	...
12/12/20	7	...
12/12/20	8	...
12/12/20	9	...
12/12/20	10	...
12/12/20	11	...
12/12/20	12	...
12/12/20	13	...
12/12/20	14	...
12/12/20	15	...
12/12/20	16	...
12/12/20	17	...
12/12/20	18	...
12/12/20	19	...
12/12/20	20	...
12/12/20	21	...
12/12/20	22	...
12/12/20	23	...
12/12/20	24	...
12/12/20	25	...
12/12/20	26	...
12/12/20	27	...
12/12/20	28	...
12/12/20	29	...
12/12/20	30	...
12/12/20	31	...
12/12/20	32	...
12/12/20	33	...
12/12/20	34	...
12/12/20	35	...
12/12/20	36	...
12/12/20	37	...
12/12/20	38	...
12/12/20	39	...
12/12/20	40	...
12/12/20	41	...
12/12/20	42	...
12/12/20	43	...
12/12/20	44	...
12/12/20	45	...
12/12/20	46	...
12/12/20	47	...
12/12/20	48	...
12/12/20	49	...
12/12/20	50	...
12/12/20	51	...
12/12/20	52	...
12/12/20	53	...
12/12/20	54	...
12/12/20	55	...
12/12/20	56	...
12/12/20	57	...
12/12/20	58	...
12/12/20	59	...
12/12/20	60	...
12/12/20	61	...
12/12/20	62	...
12/12/20	63	...
12/12/20	64	...
12/12/20	65	...
12/12/20	66	...
12/12/20	67	...
12/12/20	68	...
12/12/20	69	...
12/12/20	70	...
12/12/20	71	...
12/12/20	72	...
12/12/20	73	...
12/12/20	74	...
12/12/20	75	...
12/12/20	76	...
12/12/20	77	...
12/12/20	78	...
12/12/20	79	...
12/12/20	80	...
12/12/20	81	...
12/12/20	82	...
12/12/20	83	...
12/12/20	84	...
12/12/20	85	...
12/12/20	86	...
12/12/20	87	...
12/12/20	88	...
12/12/20	89	...
12/12/20	90	...
12/12/20	91	...
12/12/20	92	...
12/12/20	93	...
12/12/20	94	...
12/12/20	95	...
12/12/20	96	...
12/12/20	97	...
12/12/20	98	...
12/12/20	99	...
12/12/20	100	...



15/02/18

Realized eurasian antiseptics of chlorid.
+ alcohol 50, aspects limpo sem sinais flogísticos
manifendo occlusivo. ————— Adm. am



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DPUAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Gestão Reguladora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NCR 14/02/18

Paciente evolui estável, sem
intercorrência, eufórico,
sem queixas no momento
EM mantido

CD: ATB

Solicita TC de crânio controle
suporte clínico

NCR 15/02/18

Paciente evolui bem, sem intercorrência,
adita dieta, acompanhante
sem febre, sem cefaleia, sem
sintomas, sem dor, sem
do limpa e seca.

CD: ATB Completar 5 de ATB
TC controle normal, sem
novas lesões agudas
suporte clínico

Dr. Nandinho Gomes
Médico Residente
Neurologia
CRM - PE 25556

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Gleyson Willans Gonçalves da Silva Nº do Registro : 1622150

Clinica : NCA Nº do Leito :

Operador : Welson Andre

1º Assistente : Vanderho Gaws 2º Assistente :

Instrumentador : Anestesista : Lucas + Barbara

Anestesia : Duração :

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

Diagnóstico Pré-Operatório : Fratura com deslocamento de
Crânio Parietal direita.

Diagnóstico Pós-Operatório : // //

Operação Proposta : Tratamento Cirúrgico de Fratura com
Deslocamento

Operação Realizada : // //

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

Grupo Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 14.5
15090-000 - PE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Paciente Decubito dorsal, cabeça lateralizada para esquerda; antisepsia + antiseptia + Aposição de Campos estéril.
- ② Incisões de pele apontar da lesão + Hemostáticos afastamento da incisão em linha reta. Verifica fragmento de osso fraturado, e para base do duto do fêmur externo. Realiza lavagem extensa e sutura do fêmur externo. - 1 Hemostático S.O.
- ③ Dreno Intraósteal + fechamento da incisão com Caprosil + nylon 2-0.
- ④ Curativo Compressivo

FICHA DE ANESTESIA

Data

13/07/18

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente GUYMBSON WILLIAMS GONCALVES DA SILVA M Sexo M Cor PD Idade 7A Risco II

CRM Nome do Anestesiista LUCIA ALBANEZ PINTO Nome do Cirurgião DELSON FERNANDO

Medicação Pré-anestésica NAO Urgência ☐ Não ☒ Sim

Cirurgia Hto cirúrgico de procura de afundamento craniiano

Horário 17:20h 18:20 18:40

Drogas Usadas Quantidade

Fentanyl 100mcg

Xilozolol 100mcg

Propofol 10g 100mcg

Dexametazona 2mg 4

Dexametazona 4mg 4

Dexametazona 16

Ketorolaco 20mg 20mg

Tramadol 2mg 4mg

Naproxeno 4mg 4mg

Atropina 2AMP

Nioshigmina 2AMP

Técnica Anestésica

#AG-BALANCEADA#

PRE-OXIGENACAO 4 LITROS

POR 5 LITROS 4 LITROS 5 cm

O/WA (8 LITROS 5,5 LITROS 10 LITROS)

SOP LARINGOSCOPIA DIRETA

CONFIRMACAO POR LARINGOSCOPIA

COLOCADO EM SISTEMA SEMI-E

CURVO 4 LITROS 5 LITROS 6 LITROS

MODULO PCV (P100 = 90 mmHg = 4

Fib = 100% FR = 20 LITROS = 12)

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

FIBRILACAO 100% 100% 100%

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2018Gente Sagrada da
Rua Barbosa, 715 - U. 5
Anápolis - GO - 74.200-000

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonolento☐ Intubado☐ SRPA☐ Apart. / Ent.☐ UTI☐ Externo☐ Destino☐ SRPA☐ Apart. / Ent.☐ UTI☐ Externo



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



401-7

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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Glybson W.G. da Silva

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

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

TC de mamio s/c

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

14 de 18
PS



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)

Dr. Nivaldo Gomes
Médico Residente
RPM - PE 23585

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

glybson williams siwa

6 - Nº 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 modificado

DEPARTAMENTO DE SUMÁRIOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rd. Barbosa, 715 - L.I. 5
Recife - PE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Alessandra Costa

24 - DATA DE SOLICITAÇÃO

12 / 2 / 18

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

026.274.154-76

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

Dra. Alessandra Costa
Intelectual - Radiologia
CRM 11.402

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

TOMOGRAFIA - HR

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

120218 TAC Realizada: () Sim () Não

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

Contraste: () Sim () Não

Assinatura e Carimbo:

Cod. 0421

PACIENTE Glebson William da 5^{da} REGISTRO 162.2650

CIRURGIA	Tto cirúrgico de trauma de apm do membro	data	13/02/18	CIRCULANTE
QUANT	MATERIAL	QUANT	MATERIAL	

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICACÃO	QUANT.	MEDICACÃO
1	Agulha 25x07		Fio protene s/a	1	Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
	Agulha 40x12		Fio de seda		Agua destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaina
1	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmine
	Atad. Crepe		Fita cardiaca		Antibiótico		Pandurônio
	Atad. Gessada .	100	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio	1	Hemostático <i>Surgicel</i>		Atropina	1	Propofol
	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº (II) (1)		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat. venopunção nº	1	Luva cirúrgica nº 7.5	1	Cetoprofeno		Sevorane
	Cat. de oxigênio	1	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron		Soro fisiológico 500ml
1	Cêra óssea	100	Luva de procedimento	1	Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()	1	Seringa insulina () 5cc ()		Diazepam		Soro glicosado
100	Compressa cirúrgica	100	Seringa 10cc () 20cc ()	1	Dipirona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias	1	Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (queliclin)
1	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Traciun
	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efartil)		Vitamina K
	Fio cromado		Sonda uretral nº ()		Fenitoína (hidantal)		Xilocalina C/A
	Fio cromado		Tornelira de 3 vias	1	Fentanil		Xilocalina S/A
	Fio de aço		Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)	1	Xilocalina 2ml
	Fio de aço	1	<i>compresse novo</i>		Gelafundin		Xilocalina geléia
	Fio de algodão c/a	1	<i>encadainha</i>		Glicose 10ml	1	<i>Quelien</i>
	Fio de algodão c/a	1	<i>Floucs</i>		Gluconato de sódio	1	<i>Tuamex</i>
	Fio de algodão s/a	1	<i>marcas</i>		Heparina	1	<i>Nawedron</i>
	Fio de algodão s/a	1	<i>proge</i>		hidrocortisona		
1	Fio de nylon 2-0	1	<i>propaga duplo</i>		Hypnomidate		
	Fio de nylon	1	<i>global</i>		Isoflurano		
1	Fio protene c/a 4-0	1	<i>cloroxidins</i>		Lanexat (flumazinil)		
	Fio protene c/a				Manitol		
1	Fio protene s/a capexyl 2-0				Meperidina (Dolantina)		

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Glebson Williams Gomes ^{filho da Sra S} REGISTRO: 1622650
IDADE: 01 SEXO: M() F() SETOR DE PROCEDENCIA: Emerg pediátrica

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Adelson ANESTESISTA: Márcia / Bárbara / Arthur e Luciana
1º AUXILIAR: Nandinho 2º AUXILIAR: — INSTRUMENTADOR: —
ENFERMEIRA: Teuzinha / Luciana CIRCULANTE: Andressa Roberto

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Pro cirurg. de agudamento de crânio 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
PELE: ÍNTEGRA() LESIONADA(☒) DIURESE: ESPONTÂNEA(☒) SONDAS() DISPOSITIVO URINÁRIO() ALERGIA: ? PERTENCES: —
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP() TRICOTOMIA(☒) MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM(☒) NÃO() PROTESE DENTÁRIA: SIM() NÃO(☒)

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER() LATERAL() DORSAL(☒) VENTRAL() GINECOLÓGICA() PROTEÇÃO OCULAR: SIM() NÃO(☒)
CONTAGEM DE COMPRESSAS INÍCIO: — FINAL: — CONTROLE DE ENVOLVIMENTO DE SANGUE: — DE PLACA CIRÚRGICA: gliteco
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM() NÃO(☒) QUAL: — HORA: — CONTEÚDO NÃO VERIFICADO: INÍCIO: — FINAL: —
GARROTEAMENTO: SIM() NÃO(☒) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: — FINAL: 07 AGO 2019
TAGEM DE INSTRUMENTAIS: — CONFERIDO POR: — PREENCHEU COTA: SIM() NÃO()
HORA: —

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR(☒) OXÍMETRO(☒) CAPNÓGRAFO(☒) PNI(☒) ASPIRADOR MONTADO(☒) MANTA TÉRMICA() AP.VÍDEO() TORPÊDO DE NITROGÊNIO() TORPÊDO DE CO₂() BISTURI ELÉTRICO(☒) MICROSCÓPIO() CAVITRON() INTENSIFICADOR() BOMBA DE INFUSÃO() DIPRIFUSOR() ESTIMULADOR DE NERVOS() DERMATOMO() BISTURI ULTRASSÔNICO()
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(☒)





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Gleisson Williams

Registro:

Gonçalves

Clinica:

da Silva

Box/Leito/Enfermaria:

Laud

Menor foi vítima de
atropelamento em 12/01/18.
foi internado neste momento.
TAC mostrou fratura de
afundamento de crânio
temporal D. Após o trauma
sem evolução com
distúrbio de comporta-
mento

CRM 10.506
F91

Clínica Serra
Neurocirurgia Infantil
CRM 8226

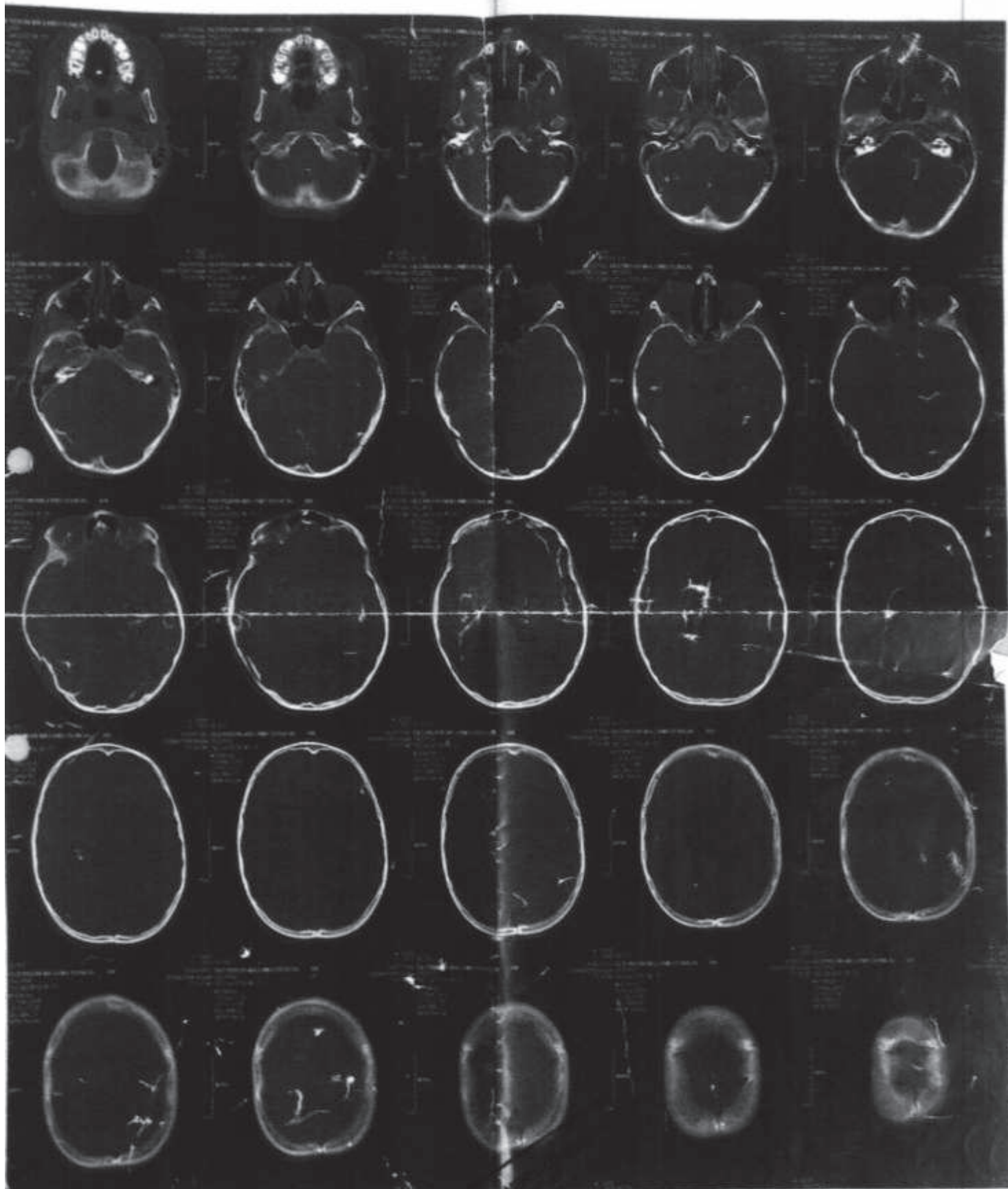
Data: 20/03/19

Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

[Assinatura]

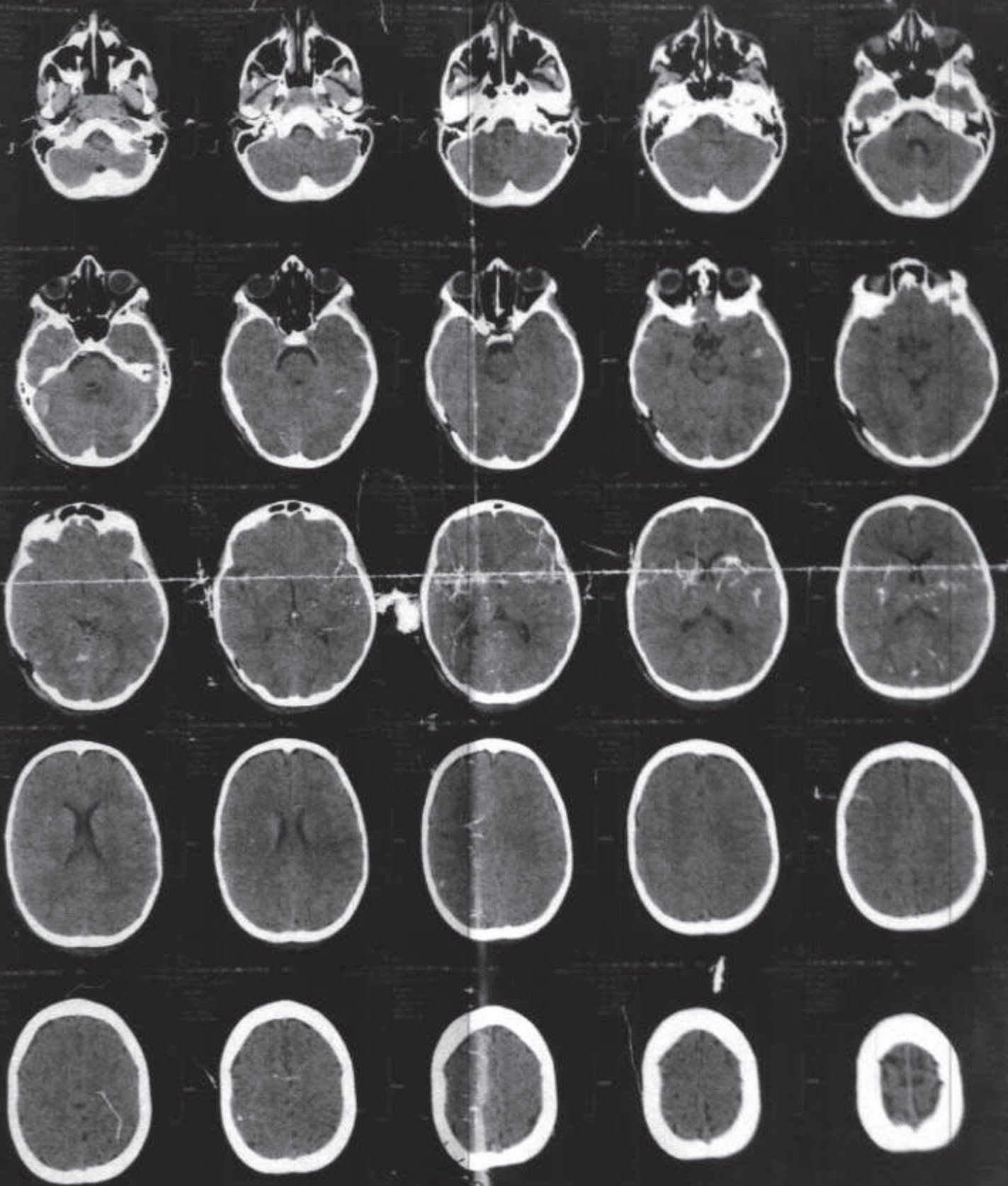
COD. 0340

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



DERBY
CORTECORTES
07 AGO 2019
F... V.A.
Av. Rui Barbosa - Lj. 5
Recife - PE

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO
GOV. DO ESTADO

Paciente: Glybson Williams Gonçalves Registro: Gonçalves
Clínica: da Silva Box/Leito/Enfermaria:

laudo.

Inferno, que o paciente
foi vítima de traumatismo
cranioencefálico com fratura
afundamento do crânio. foi
submetido a tratamento neuro-
cirúrgico. Evoluiu com dis-
túrbio de comportamento de-
cendente faz uso de Risperidona

CDD 10. 506
f91

CRM 8226
Secretaria Int. II

Data: 07/08/19

Ass. Carimbo/Médico/GREMEPE

Supunçun

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTABILIDADE NÃO VERIFICADO
0 GO 2019
Gestora: Supunçun
Av. R. Supunçun, 715 - Lj. 5
fe - PE

COD. 0340

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-2

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO FANTASIA RUIB

NÃO ALFABETIZADO

CARTÃO DE IDENTIDADE

POLEGAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 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 JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE DATA DE NASCIMENTO 02/07/2010

DOC. ORDEM << 073478 01 55 2010 1 00070 233 0079938 13 RECIFE-PE >>

CPF 163.356.414-29

PAULO A. TENDINO DE CARVALHO
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 1983

219166622203155949.8572788 F-45 69.306 - 3023

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DIGITAL 7.519.431

NOME << BARBARA GONCALVES DA SILVA >>

PLACÃO << ELIAS GONCALVES DA SILVA >>

<< HILDA BEZERRA DA SILVA >>

NATURALIDADE
RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO
03/03/1991

DIG. ORDEM << 073478 01 35 1992 1 00036 077
0040718 97 RECIFE-PE >>

CPT

LEI Nº 7.159 DE 2002

F-50 71.539 - 2022

E04

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO JUAZ DE BRAS

REPUBLICA DE PERNAMBUCO

BARBARA GONCALVES DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
094.950.864-00

Nome
BARBARA GONCALVES DA SILVA

Nascimento
03/03/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12957867

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 9.388/96)



CAB



Josimar Carvalho de Souza



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2019

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

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

40200

40200

JOSEMAR CARVALHO DE SOUZA

FILIAÇÃO
JOSE DIAS DE SOUZA
MARIA DE LOURDES CARVALHO DE SOUZA

NATURALIDADE
RECIFE-PE

DATA DE NASCIMENTO
04/12/1983

RG
2417798 - SCS/PE

CPF
402.081.224-20

ADUTOR DE ANEXO 5 TCU/MS
NÃO

VIA
01

EXPIRAR EM
12/12/2019

PEDRO ANTONIO DE OLIVEIRA REYNOLDS ALMEIDA
PRESIDENTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 SILVA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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.

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

Sequelae: 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 SILVA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2019

Valoração 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 DIAGNOSTICO, 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 SILVA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2019

Valoração 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 DIAGNOSTICO, 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

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

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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

5 - Nome completo: GLEIBSON WILLIAMS GONÇALVES DA SILVA 6 - CPF: 163.356.414-29
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Assembleia de Deus 9 - Número: 116 10 - Complemento: Pasa
11 - Bairro: 1º de Janeiro 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.080-270
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (81)999875498

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA 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: ITAÚ

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 fins 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 a 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 significará renúncia à 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
Carla Seguradora S/A
Av. da República, 115 - 13º Andar
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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascturo (pai/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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

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

40 - Local e Data, _____

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Joimar Carvalho 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 casualidade: 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)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



539826
 pol 0269562/19
 3190 468169

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOANA BEZERRA - DP3ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0093000935

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

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 INFANTIL - 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 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 163.356.414-29 4 - Nome completo da vítima: GLEIBSON WILLIAMS GONÇALVES DA SILVA

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

5 - Nome completo: GLEIBSON WILLIAMS GONÇALVES DA SILVA 6 - CPF: 163.356.414-29
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Assembleia de Deus 9 - Número: 116 10 - Complemento: Pasa
11 - Bairro: 1º de Janeiro 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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA 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: ITAÚ

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 fins 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 a 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 significará renúncia à 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
Carla Seguradora S/A
Av. da República, 115 - 13º Andar
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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascturo (pai/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Joimar Carvalho de Souza
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

GLEIBSON WILLAMS GONÇALVES DA SILVA

MATRICULA

0734780155 2010 1 00070 233 0079938 13



DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DOIS DE JULHO DE DOIS MIL E DEZ

DIA

02

MES

07

ANO

2010

HORA E
MINUTOS
10:40

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

JABOATÃO - PE

SEXO

M

FILIAÇÃO

GLEIBSON WILLAMS DA SILVA

E BARBARA GONÇALVES DA SILVA

MÃE

MARTA HELENA DA SILVA

ELIAS GONÇALVES DA SILVA E HILDA BEZERRA DA SILVA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2010

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

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRICULA DOS GÊMEOS

XXXXXXXXXX

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

SEIS DE JULHO DE DOIS MIL E DEZ

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO

30-52845933-5

OBSERVAÇÕES/ AVERBAÇÕES

ATO REGISTRADO NO LIVRO 70-A, FOLHAS 233, SOB O Nº 79.938.

NOME DO OFÍCIO, CARTÓRIO DO 10º DISTRITO

OFICIAL REGISTRADOR: ROMILDO PACHECO DA SILVEIRA
SUBSTITUTO: CALÍOPE JOSÉ MONTEIRO DA SILVEIRA
ENDEREÇO: RUA FALCÃO DE LACERDA Nº 328 - TIPIÓ - RECIFE-PE
CEP: 50.930-010 - FONE: 32545130

O conteúdo da certidão é verdadeira. Dou fé

Data e Local: **06/07/2010.**

10º Distrito
Cartório do 10º Distrito
Assinatura do Oficial

