

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000066907-8

Nr. da Autenticação C1A75FDA6D82AB45

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229373 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE EM GRAU RESIDUAL.

**Documentos
complementares:**

Observações: @RELATÓRIO PÁG. 01 // DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3200002262 // DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. PEDRO MARQUES, CRM 8594 PE, EM 22/05/2020, ACOSTADO NA PÁGINA 01.

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, 12 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229373

Vítima: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000066907-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



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: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

22 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

03 JAN 2023
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

22 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

03 JAN 2023
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

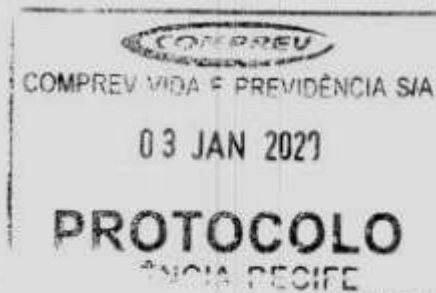
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX -
DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0190000569**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **12:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/9/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SUELY VITAL DE ARAUJO, 01 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O MESMO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO**

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

JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SANTINA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO Pai: NESTOR JOSÉ FÉLIX Data de Nascimento: 6/4/1976 Naturalidade: CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4799740/SSP/PE (RG) 76311155400 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 081996634205

Endereço Residencial: **RUA LUIZ VIRGINIO DOS SANTOS, 46 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A PISCINA DE ERIVAN**

O MESMO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SANTINA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO Pai: NESTOR JOSÉ FÉLIX Data de Nascimento: 6/4/1976 Naturalidade: CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4799740/SSP/PE (RG) 76311155400 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: RUA LUIZ VIRGINIO DOS SANTOS, 46 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCU3758** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Renavam: **118433027** Chassi: **9C2KC2500KR025263**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

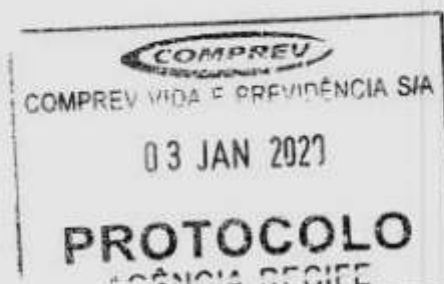
COMPARECEU A ESTA D.P. O SENHOR JOSÉ NESTOR INFORMANDO QUE NA NOITE DO DIA 22/09/2019 O MESMO CAIU, APÓS A SUA MOTOCICLETA DERRAPAR NA RUA SUELI VITAL DE ARAÚJO, E QUE APESAR DE TER SE MACHUCADO NÃO PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA, POREM APÓS VOMITAR POR ALGUMAS VEZES DURANTE A MADRUGADA A VÍTIMA FOI ATÉ O HOSPITAL LOCAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS PELO MÉDICO DR. CICERO ROBERTO, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM MÉDICO APRESENTADO PELA VÍTIMA E ANEXADO AO B.O. A VÍTIMA INFORMA TAMBÉM QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HRA COM SUSPEITA DE TRAUMATISMO CRANIANO.

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

JOSÉ NESTOR DA SILVA IRMÃO
(VÍTIMA)

O MESMO
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **VILMARIO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3871770**





SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 317.064
DATA 23/09/19
HORÁRIO: 11 H 30 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: Elane
Nome do paciente: José Nilton da Silva Júnior
Genitora: Carla Sebastiana da Conceição
Data nasc: 06/04/76 Idade: 43 a Sexo: ☒ MASC. () FEM. Cor: _____ nº: 46
Endereço: R. Luiz Vaz
Bairro: Campos Ponto de referência: _____
Profissão: Agricultor () Filho () Outro
Nome do acompanhante: _____

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. 150 MIN. 100 PESO: _____ TEMP.: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

Doença de mão, trauma no pé.

EXAME FÍSICO:

sem dor
sem episódios de vômito na ocasião
no momento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

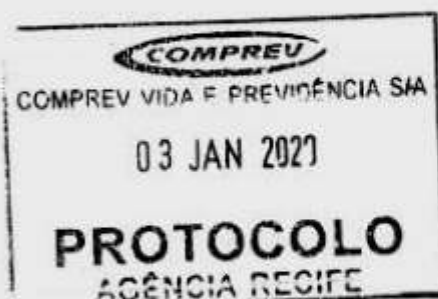
CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TCE / UAS

TRATAMENTO PROPOSTO:

100mg de doxipiridina 3x ao dia



12:00
Bárbara Vasconcelos
Enfermeira
R.N.: 350.877

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:

() OBSERVAÇÃO CLÍNICA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

() ÓBITO: _____ H _____ MIN
() TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

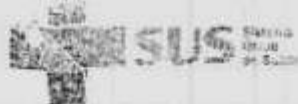
DATA: _____

HORA: _____

J. Cicero Roberto S. Leite

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO
CREMEPE 11742

COO. 147



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

José Nelson de Almeida Junior

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1654428

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

Te de uano

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

Política

23/09/19
Adriano

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/09/19

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

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

COMPREV

COMPREV - COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO

Dr. Auricélio Batista
Neurocirurgia
CRM: 21295

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

PROTOCOLO

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

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

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 23/09/2019 14:57

	Nome Paciente:	JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	06/04/1976
	Sexo:	Masculino
	Idade:	43
	Senha:	U0018
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 23/09/2019 14:59 - 23/09/2019 15:00

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**

Cor: LARANJA

Queixa Principal: HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HA MAIS DE 12 HORAS SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, RELATA VÔMITOS, HEMATOMA FRONTAL A DIREITA, QUEIXA DE CEFALÉIA

Observação: SENHA 5777631

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 8

Data 23/09/19
 Paciente segue estável, ϕ
 interconexão, ϕ greixas
 ECG 15, P1FR, ϕ déficit motor.
 Tc de crânio: ϕ lesões NAC
 OD: Alta

Dr. Naurício Bordin
 Responsável
 CRM - PE 25595

COMPREV
 COMPREV - CIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Dr. Naurimmo Gomes
Mecico Residente
Ribeirão Preto
CNP - PE 25595

COMPREV - CDA E PREVIDÊNCIA SIA

03 JAN 2023

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/09/2019 15:00

RECEITUÁRIO MÉDICO

1-19 - Neurocirurgia

José Carlos da Silva Lima, Sr.

Queda de vaso sanguíneo no abd. h.d.,
com perda de consciência porém 1 episódio
de vômito antes e outros hoje +
cefaleia após o trauma; que persiste
PP: 150 x 100 mm Hg.

HO: TCE

Dr. Cicero Roberto S. Leite
Médico
CREMEPE 11742

SENHA: 5777631



03/03/19

NOME:

MEDICAMENTOS

QUANT.

1.		
2.		
3.		
4.		

DATA: ____/____/____

MÉDICO

Prefeitura Municipal C. S. Félix - CNPJ: 10.756.129/0001-69
Praça São Félix, nº 20 - Centro - Camocim S. Félix - Fone: (81) 3743.1158

COD: 01 - Gráfica Lima: (81) 3729-6363



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

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

E: Exposição/Abdômen:

23104119 17:14 # CG

NEGA DOA DRÁGICA DO ABDÔMEN AL.

AO EXAME:

Diagnóstico Inicial:

EVOLUÇÃO, AVISATA DE HEMORRÁGIA NA MALHA,
FC: 70, PULSO DE MENOS QUE 100 E SIMÉTRICO,
CABEÇA, ADOÇÃO DE BARRA, BARRA E

Cod. Procedimento

Conduta:

INADUO, GUS: 15, WLAMATIUS.

RX TUMX NORMAL.

ALTA CG

- NCA / TUMMA TU

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Rômulo Vasconcelos
Médico - CRM/PE 14808
Cirurgião Geral
CBO 2252-25 - RQE 3826

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☒ Evadiu-se / Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Nandinho Gomes CRM: 25585 Data: 23/11 Hora: 17:14

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas 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: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

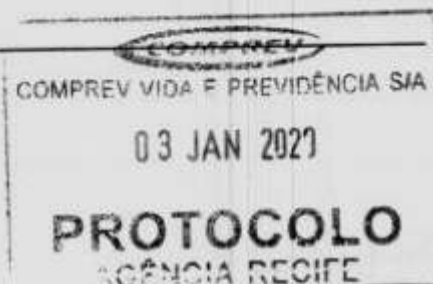
Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

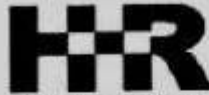
Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 23-set-19



SENHA DA REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

NCE
+
C6

TC 02060279

Nº PRONTUÁRIO: 1694428		Data e Hora de Atendimento: 23/09/2019 15:10		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
Nº. ATEND.: 1486137		Paciente: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO		Nm. Social:	
Data de nascimento: 06/04/1976		Idade: 43a 5m 17d		Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO		Profissão:		Acompanhante: RISONETE SANTINA	
DOC ID / Data expedição 4799740 /		Mãe: SANTINA SEBASTIANA DA CONCEICAO		Cartão SUS: 700801458336082	
Pai: NESTOR JOSE FELIX		Número 46		Complemento:	
Endereço: RUA LUIS VIRGINO		UF: PE		Telefone: 96634205	
Bairro: CENTRO					
Cidade: CAMOCIM DE SÃO FÉLIX					
Ocorrências:					
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO / ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)					
Procedência: OUTRO HOSPITAL					
Informações do Serviço Social:					
Confirmação de nome:				Fones:	
Confirmação de endereço:				Assistente Social	
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐					
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐					
Outros ☐					
Observação:				Assistente Social	
História Clínica:					
Acidente motorizado (carro) na +/ 12h, em rua de Buracão, e trânsito ruim. Aparentemente, o carro de 4/4. ECG 15 18/10. Anestesia e dorso e Tr: ① Te de uento + 2o de trauma, + 3o de trauma e 4o de trauma					
Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐					
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:					
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: ② C6 + abdômen + xion					
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?					
Exame Físico:					
A: Geral Via aérea está pèrvia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:					
B: Respiratório					
C: Circulatório PA: X mm Pulso: COMPREV					
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A					

23-09-19

C. Adicione

03 JAN 2021

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



RECEITUÁRIO MÉDICO

1.º - 1.º
2.º - 2.º

3.º - 3.º
4.º - 4.º
5.º - 5.º
6.º - 6.º
7.º - 7.º
8.º - 8.º
9.º - 9.º
10.º - 10.º

Dr. Cláudio Roberto S. Leite
Médico
CREMEPE 11742

5117631

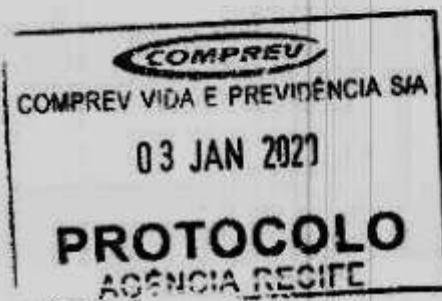
NOME:	QUANT.
MEDICAMENTOS	
1.	
2.	
3.	
4.	

DATA: 1.1.1

MÉDICO

Prefeitura Municipal C. S. Félix - CNPJ: 18.796.129/0001-80 -
Praça São Félix, nº 20 - Centro - Camocim S. Félix - Fone: (81) 3743.1156

0001-01 - 01/01/2020 pág. 3728-0000





SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº: 317.064
DATA 23/09/19
HORÁRIO: 11 H 30 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: Elaine
Nome do paciente: José Nilton da Silva Júnior
Genitora: Carolina Sebastião da Conceição
Data nasc: 06/04/76 Idade: 43 a Sexo: ☒ MASC. () FEM. Cor: _____ nº: 46
Endereço: R. Luiz Vaz
Bairro: Campos Ponto de referência: _____
Profissão: Agricultor () Filho () Outro
Nome do acompanhante: _____

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. 150 MIN. 100 PESO: _____ TEMP.: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

Arrebatado de sono, trauma no abdômen

EXAME FÍSICO:

sem dor
Sinais e sintomas de trauma na região
do abdômen

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

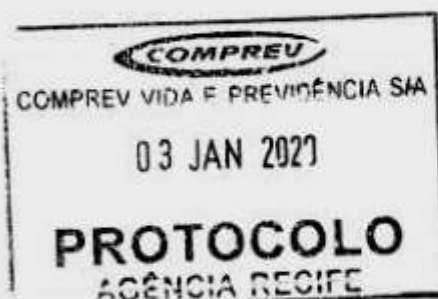
CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TCE / UAS

TRATAMENTO PROPOSTO:

100mg de aspirina 3x ao dia



12:00
Bárbara Vasconcelos
Enfermeira
R.N.: 350.877

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:

() OBSERVAÇÃO CLÍNICA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

() ÓBITO: _____ H _____ MIN
() TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____

HORA: _____

J. Cicero Roberto S. Leite

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO
CREMEPE 11742

COO. 147

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente JOSÉ WEDSON DA SILVA RIBEIRO
Data de nascimento 06/04/1976 RG 499740 SSP CPF 763.11.554/00

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 22/09/2019

Nº do B.O. 19E0190000569

Resumo clínico paciente vítima de acidente de trânsito
sofreu fratura torção do pé direito

Diagnóstico Tra + Poltraumatismo

Tratamento CONTINUAÇÃO + ORTÓPEDIA ORTÓPEDIA

Sequelas 1. CEFALIA

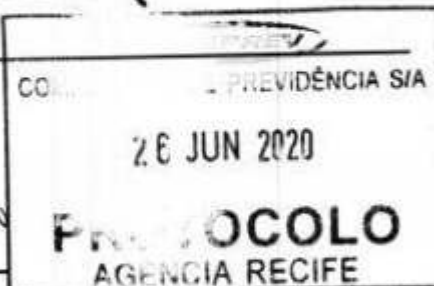
2. LIMITAÇÃO DA ROTACÃO VENTRAL + DOR NOS MEMBROS
INFERIORES.

Data da alta ambulatorial definitiva 22/05/2020

Abreu e Lima, 22 de maio de 2020

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREME 8594
CPF: 172.676.334-04

Médico (CRM)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA ECONOMIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
SECRETARIA DE HABITAÇÃO

JOSE NESTOR DA SILVA TIRAO

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF
4799740 SEP PE

CPF
763.211.554-00

DATA NASCIMENTO
06/04/1976

PLACAO
NESTOR JOSE FELIX

SANTINA SEBASTIANA DA CONCEICAO

Nº REGISTRO
02612214906

VALIDADE
16/02/2023

1ª HABILITACAO
18/11/2002

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSAO
17/02/2017

ASSINATURA DO TITULAR

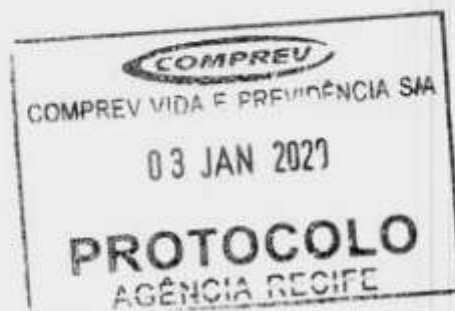
ASSINATURA DO TITULAR

34170444058
PE077488228

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421310909

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421310909



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE 014357652959
SILHETE DO SEGURO DPVAT - LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1184320279 ***** 2019

JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

CAMOCIM DE SAO FELIX-

763.111.554-00 PCU3758

***** 9C2KC2500KR025263

2P/162CL GASOLINA

HONDA/CG 160 START 2019 2019

2P/162CL PARTIC PRETA

IPVA 2019 QUITADO 1 *****

1 *****

80.11 0.32 84.58 14/03/19

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

Roberto Fontelles

CAMOCIM DE SAO FELIX- 14/03/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE TRANSPORTES CAUSADOS POR VEICULO
E MOTOCICLETAS DE TRAFEGO EM TERRENO POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA OU QUE SE ENCONTRE ABANDONADA

PE Nº 014357652959 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR
SAC DPVAT 800 022 1204

CAMOCIM DE SAO FELIX 2019 14/03/19

1 763.111.554-00 PCU3758

1184320279 HONDA/CG 160 START

2019 09 9C2KC2500KR025263

PRÊMIO TARIFARIO

36.05	4.01	40.06
4.15	0.32	84.58

X 14/03/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
0210310400012

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE POSTE OBRIGATORIO

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
03 JAN 2021
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

JUL-2018

Ao Sr. Analista

VITIMA: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

Sinistro: /CPF:763.111.554-00

.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram no meu processo , venho **REQUERER** reanálise de JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO, 763.111.554-00 referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT de invalidez , tendo em vista está apresentando EXAMES DE IMAGENS .. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito.

Atenciosamente,

VÍTIMA: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO
CPF: 763.111.554-00

