



Número: **0032745-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69132702	06/10/2020 16:21	ANEXO 3	Outros (Documento)

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





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

Rio de Janeiro, 12 de 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: 463.111.554-00 4 - Nome completo da vítima: Jose Nestor da Silva irmão

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

5 - Nome completo: Jose Nestor da Silva irmão 6 - CPF: 463.111.554-00
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua Luis Virginio dos Santos 26
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Conceição do São Francisco 13 - Estado: SE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 99 258-2087

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0392 CONTA: 66904 8 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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 JAN 2021

Assinatura da Testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

AGÊNCIA REGISTRO

Assinatura da Testemunha

40 - Local e Data, Conceição 29/11/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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: 463.111.554-00 4 - Nome completo da vítima: Jose Nestor da Silva irmão

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

5 - Nome completo: Jose Nestor da Silva irmão 6 - CPF: 463.111.554-00
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua Luis Virginio dos Santos 26
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Conceição do São Francisco 13 - Estado: SE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 99 258-2087

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0392 CONTA: 66907 8 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: COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
CPF:

03 JAN 2021
Assinatura da Testemunha

39 - 2ª | Nome: PROTOCOLO
CPF: AGÊNCIA REGISTRO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Conceição 29/11/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

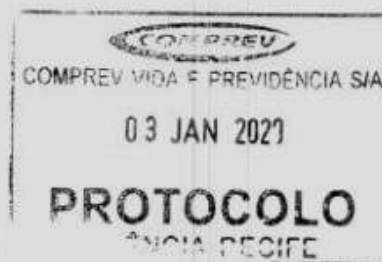
FPS.001 V002/2019





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

24/10/2019 12:14



Complemento / Observação

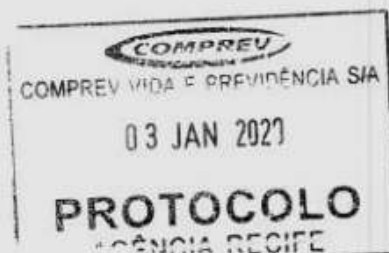
COMPARECEU A ESTA D.P. O SENHOR JOSÉ NESTOR INFORMANDO QUE NA NOITE DO DIA 22/09/2019 O MESMO CAIU, APÓS A SUA MOTOCICLETA DERRAPAR NA RUA SUELI VITAL DE ARAÚJO, E QUE APESAR DE TER SE MACHUCADO NÃO PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA, POREM APÓS VOMITAR POR ALGUMAS VEZES DURANTE A MADRUGADA A VÍTIMA FOI ATÉ 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**



24/10/2019 12:14





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: Jane Nilton da Silva Junior
Genitora: Emília Sebastiana da Conceição
Data nasc: 06/04/72 Idade: 43 a Sexo: () MASC. () FEM. Cor: _____ nº.: 46
Endereço: R. Luiz Vazquez
Bairro: Campo 0 Ponto de referência: _____
Profissão: Agricultor
Nome do acompanhante: _____ () Filho () Outro

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:

Arreio de mto, trauma no abdô.

EXAME FÍSICO:

sem dor
Sfere 1 episódio de vômito na ocasião

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1º momento

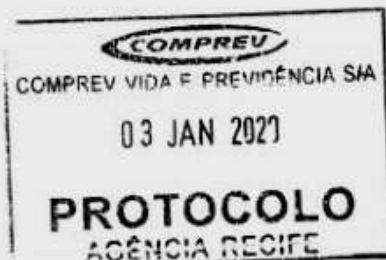
CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TCE 1705

TRATAMENTO PROPOSTO:

0 doptopril 25 mg 2 q vo.



Barbela Vasconcelos
Enfermeiro
REN: 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

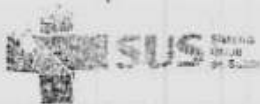
Jr. Cicero Roberto S. Leite
Médico

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 Mestre de Ave Imac

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1694428

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 urina

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

23/01/19
Lecionara

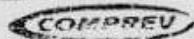
23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/09/19

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



COMPREV

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

09 JAN 2021

AUTORIZAÇÃO

PROTOCOLO

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

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

Dr. Auriceo Batista
Neurocirurgia
CRM: 21229

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Cod. 0421



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

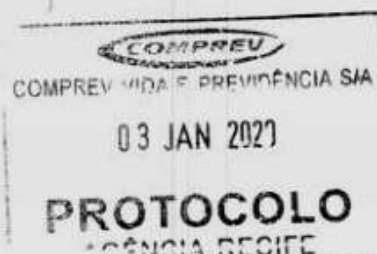
Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

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

Handwritten notes:
Paciente segue estável, f
interconexão, f queixas
ECG 15, P1FR, f deficit motor.
Tc de crânio: f lesões NCR
OD: Alta

Dr. Naurício Dantas
Médico - Neurologia
CRM - PE 15594



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

Data Impressão: 23/09/2019 15:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





RECEITUÁRIO MÉDICO

PP - Menstruação

José Carlos da Silva Lima, 23 a

Queda de muito sangue ao ho-
rizar perda de consciência porém a episó-
dio de vômito antes e depois +
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

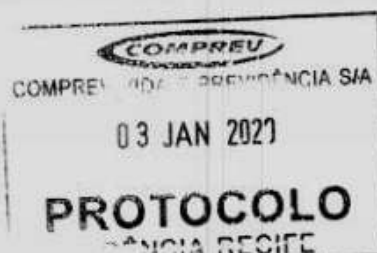
NOME:	QUANT.
MEDICAMENTOS	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

DATA: ____/____/____

MÉDICO

Prefeitura Municipal C. S. Félix - CNPJ: 10.756.129/0001-65
Praça São Félix, nº 20 - Centro - Camocim S. Félix - Fone: (81) 3743.1156

COD: 01 - Gráfica Lima: (81) 3729-6385



SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

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 Score: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Verbal Score: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Motora Score: _____ Hora: _____

E: Exposição/Abdômen:

23/09/19 17:15h # CG

NEGA DOA TORÇÃO DO APO ENDO AL.

AO EXAME:

Diagnóstico Inicial:

ESTOMAGO, AUMENTA DE HEMÉLIA NA MANHÃ
FC: 70, PULSO DE FREQUÊNCIA CUELLO E SIMÉTRICO,
CORAZO, APO ENDO (LADO, LADO E

Cod. Procedimento

Conduta:

INIBIDOR, GUS: 15, LULAMONTIUS.

Rx TIMX NORM AL.

ALTA CG

- NCA / TMM MA 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
☐ Inalterada ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Nandinho Gonçalves CRM: 25585 Data: 23/09 Hora: _____

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.

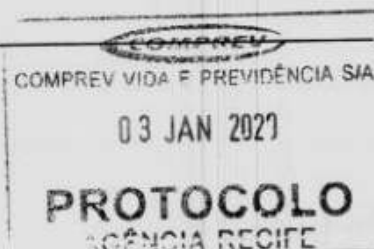
Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ Assinatura: _____


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



**ETIQUETA**

NCR
+
CG

Nº PRONTUÁRIO: 1694428		Data e Hora de Atendimento: 23/09/2019 15:10		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
Atendimento Manual :					
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				Numero 46	
Endereço: RUA LUIS VIRGINO				Complemento:	
Bairro: CENTRO				UF: PE	
Cidade: CAMOCIM DE SÃO FÉLIX				Telefone: 86634205	
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 <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>					
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"/>					
Outros <input type="checkbox"/>					
Observação:				Assistente Social	
História Clínica: Paciente vítima de acidente motorcístico (sic), na +/- 12h, deu conta de consciência e discrição. Apresenta-se intencionalmente, e sem dor. Exce 15 1x/10. Anamnése e dorso e In: (1) Te de uento + 2o de trauma, + 3o de trauma e (2) C6 + abdômen + xi					
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: <input type="checkbox"/> Transporte realizado Por: <input type="checkbox"/>					
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: <input type="checkbox"/>					
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê? <input type="checkbox"/>					
Exame Físico:					
A: Geral Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: <input type="checkbox"/>					
B: Respiratório					
C: Circulatório PA: <input type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/> Pulso: <input type="checkbox"/>					
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA					

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





RECEITUÁRIO MÉDICO

115 - *unidade*
por sobre da Silva, com
130

*Devido ao estado clínico do doente
neste momento de emergência, por ser 1º episódio
de um episódio de crise e não há
medicamentos em uso, prescrevo:*

Dr. Ricardo Roberto S. Leite
Médico

CREMEPE 11742

5117631

13.02.19

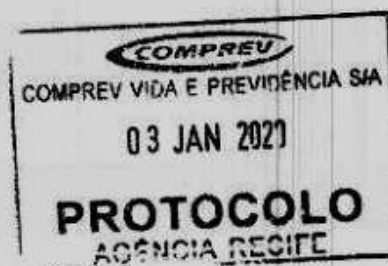
NOME:	QUANT.
MEDICAMENTOS	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

DATA: 13/02/19

MÉDICO

Prefeitura Municipal C. S. Félix - CNPJ: 18.706.129/0001-00 -
Praça São Félix, nº 20 - Centro - Camocim S. Félix - Fone: (81) 3743.1156

000-01 - 00000 Livro pág. 3725-0000





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: Elane
Nome do paciente: Jane Nilton da Silva Junior
Genitora: Emília Sebastiana da Conceição
Data nasc: 06/04/72 Idade: 43 a Sexo: () MASC. () FEM. Cor: _____ nº.: 46
Endereço: R. Luiz Vazquez
Bairro: Campo 0 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:

Arreio de mto, trauma no abdô.

EXAME FÍSICO:

sem dor
Sfere 1 episódio de vômito na ocasião

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1º momento

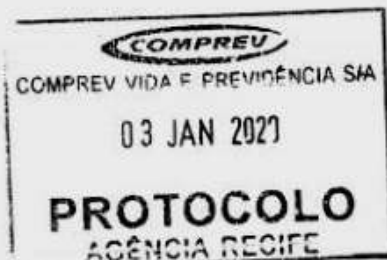
CID: _____

EXAMES SOLICITADOS:

TCE 1705

TRATAMENTO PROPOSTO:

0 doptopril 25 mg 2 q v.o.



Barbela Vasconcelos
Enfermeiro
REN: 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: _____

Jr. Cicero Roberto S. Leite
Médico

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 WEDER DA SILVA JUNIOR
Data de nascimento 06/04/1976 RG 499740 SSP CPF 763.111.554/00

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 22/09/2019

Nº do B.O. 19E0190000569

Resumo clínico paciente vítima de acidente de trânsito, sofreu fratura torácica fechada

Diagnóstico Tx + politraumatismo

Tratamento CONTINUAÇÃO + ORTESE NEUROLÓGICA

Sequelas 1. Cefaleia

2. Limitação da potência venereal + dor nos membros

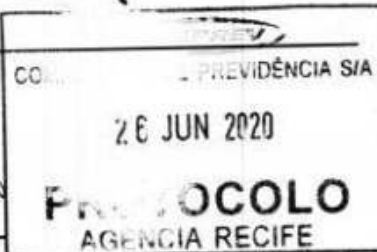
inferiores.

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)



Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

JOSE NESTOR DA SILVA TEIXEIRA

RG 4799740 SSP PE

CPF 763.111.554-00 DATA NASCIMENTO 06/04/1976

PLACAO NESTOR JOSE FELIX

SANTINA SEBASTIANA DA CONCEICAO

Nº REGISTRO 02612214906 VALIDEZ 14/02/2023 1º HABILITACAO 18/11/2003

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÕES

LOCAL CARUARU - PE DATA EMISSAO 17/02/2017

34170444058
PER77488228

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1421310909

PROIBIDO PLASTIFICAR 1421310909



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº **014357652959**
AUTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 **1184330279** ********* **2019**

JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

CAMOCIM DE SAO FELIX

762.111.554-00 **PCU3758**

******* 9C2KC2500KR025263**

F35 MOTOCICLETA **GASOLINA**

HONDA/CG 160 START **2019 2019**

2F/162CL **PARTIC** **PRETA**

IEVA 2019 QUITADO *********

80.11 **0.32** **54.58** **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 DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULO
VEICULOS AUTOMOTORES **DE DANOS A TERCEIROS** **CAUSADOS POR VEICULO**

PE Nº 014357652959 **BENEFICIÁRIO DO SEGURO**
JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 800 022 0208

CAMOCIM DE SAO FELIX 2019 **14/03/19**

1 **762.111.554-00** **PCU3758**

1184330279 **HONDA/CG 160 START**

2019 **09** **9C2KC2500KR025263**

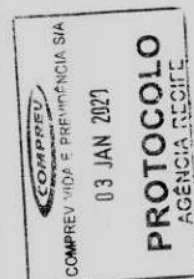
PRÊMIO TARIFARIO

36.05	4.01	40.06
4.15	0.32	54.58

X **COSEMI** **14/03/19**

SEGURADORA LIDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ESTE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



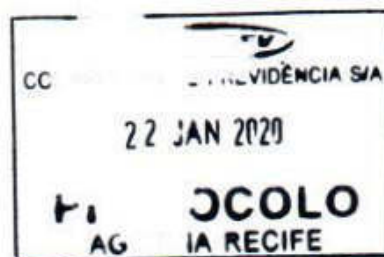
Ao Sr. Analista

VITIMA: JOSE NESTOR DA SILVA IRMAO

Sinistro: /CPF:763.111.554-00

PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram no meu processoO . 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

