

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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BRUNO CORREIA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04146

CONTA: 000001015151-7

Nr. da Autenticação D0E096547095A6F2

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 0005843-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
do 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

MARIA JOSE DE LIMA CORREIA
PROX. A LAGOA DO FERNANDO
CPF: 041.489.894-42

DATA DE VENCIMENTO

15/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

149,88

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

091432081

CONTA CONTRATO

001914038010

Nº DO CLIENTE

2002172366

Nº DA INSTALAÇÃO

0001302375

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ST NICACIO 580

AVENCA RURAL/AVENCA
55840-000 GRAVATA PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B24B.F7F3.3398.BCDB.29FA.ETDB.1DCC.A167

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(kWh)-TU5D	171,00	0,42656182	72,94
Consumo Ativo(kWh)-TE	171,00	0,35875625	61,34
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,27
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,26
ICMS Subvenção-CDE-NE 030021723-08/10/19			1,08
Contribuição CERAPÉ - (081) 3722-8000			2,00
TOTAL DA FATURA			149,88

EM ATÉ 45 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Resv	Valor
18/12/19	08/01/20	173,77

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos existentes e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso o subscritor do fornecimento perca por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos na Art. 63 REN 414/Anel. Podem ocorrer após de cobrança, bem como inclusão nos registros do crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TU5D	0,42656182
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,35875625

HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWh
JAN 20	171	171
DEZ 19	198	198
NOV 19	173	173
OUT 19	168	168
SET 19	140	140
AGO 19	148	148
JUL 19	137	137
JUN 19	144	144
MAY 19	169	169
ABR 19	157	157
MAR 19	165	165
FEV 19	158	158
JAN 19	141	141

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RE	%
Geração de Energia	44,79 32,58
Transmissão	4,96 3,52
Distribuição (Cabo)	30,01 21,89
Encargos Setoriais	7,94 5,12
Tributos	41,21 30,63
Perda de Energia	9,46 6,87
TOTAL	137,63 100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
137,65	25,00	34,38	137,65	0,90	1,23	137,65	4,15	5,70

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO ATUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
X16911	CAT	11/12/2019	23,965,03	08/01/2020	24,127,00	28	1,00000	0,00	171,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
nov/2019					
DUR-Id. de horas em Energia	PASSIVA	0,51	11,30	22,51	45,22
FIC-Id. de vezes em Energia		2,00	7,98	15,18	30,39
DMC-Duração mínima de interrupção contínua		0,40	6,19	0,20	0,00
DCR-Duração de interrupção em dia crítico					Unidade DCR: 18,50
FEUSD-Valor de Energia de Uso - R\$ 24,02					

Toda Consumidor pode solicitar a suspensão das indicações DCR, FIC, DMC e DCR e qualquer suspensão.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você as contas pequenas: preço padrão rodolfo de moraes moreira centro / tao digital / r pe joaquim cavalcante 03.
Na data da fatura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso para multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001914038010	01/2020	149,88	15/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 0005843-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
do 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

MARIA JOSE DE LIMA CORREIA
PROX. A LAGOA DO FERNANDO
CPF: 041.489.894-42

DATA DE VENCIMENTO

15/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

149,88

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/01/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

08/01/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

091432081

CONTA CONTRATO

001914038010

Nº DO CLIENTE

2002172366

Nº DA INSTALAÇÃO

0001302375

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ST NICACIO 580

AVENCA RURAL/AVENCA
55840-000 GRAVATA PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

B24B.F7F3.3398.BCDB.29FA.ETDB.1DCC.A167

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(kWh)-TU5D	171,00	0,42656182	72,94
Consumo Ativo(kWh)-TE	171,00	0,35875625	61,34
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,27
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,26
ICMS Subvenção-CDE-NE 030021723-08/10/19			1,08
Contribuição CERAPE - (081) 3722-8000			2,00
TOTAL DA FATURA			149,88

EM ATÉ 45 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Resv	Valor
18/12/19	08/01/20	173,77

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos existentes e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso o subscritor do fornecimento perca por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos na Art. 63 REN 414/Anel. Podem ocorrer após de cobrança, bem como inclusão nos registros do crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TU5D	0,42656182
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,35875625

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo	Valor	Consumo	Valor
JAN 20	171	JAN 19	141
FEV 20	198	FEB 19	158
MAR 20	173	MAR 19	165
ABR 20	169	ABR 19	157
MAY 20	140	MAY 19	166
JUN 20	148	JUN 19	144
JUL 20	137	JUL 19	144
AUG 20	148	AUG 19	144
SET 20	140	SET 19	144
OCT 20	140	OCT 19	144
NOV 20	140	NOV 19	144
DEZ 20	140	DEZ 19	144
JAN 21	141	JAN 20	141

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RE	%
Geração de Energia	44,79
Transmissão	4,96
Distribuição (Cabo)	30,01
Encargos Setoriais	7,94
Tributos	41,21
Perda de Energia	9,46
TOTAL	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIG			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
137,55	25,00	34,38	137,55	0,90	1,23	137,55	4,15	5,70

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO ATUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
X16911	CAT	14/12/2019	23,965,03	08/01/2020	24,127,00	28	1,00000	0,00	171,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/02/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
nov/2019					
DUR-Id. de horas em Energia	PASSIVA	0,51	11,30	22,51	45,22
FIC-Id. de vezes em Energia		2,00	7,98	13,18	39,59
DMIC-Duração mínima de interrupção contínua		0,40	6,19	0,20	0,00
DCDR-Duração de interrupção em dia crítico					Unidade DCDR: 18,50
FEUSD-Valor de Energia de Uso - R\$ 24,02					

Toda Consumidor pode solicitar a suspensão das indicações DCDR, FIC, DMIC e DCDR e qualquer suspensão.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você as contas pequenas: preço padrão rodolfo de moraes moreira centro / tao digital / r pe joaquim cavalcante 03.
Na data da fatura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento.
Pagto. em atraso para multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MESIANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001914038010	01/2020	149,88	15/01/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 381516

DATA: 17/05/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 18:49

PACIENTE: JOSINALDO JOSE DA SILVA

CNS:

GENITORA: MARIA DO CARMO DE MEDEIROS SILVA

TELEFONE: (81) 9235-1995

DATA DE NASCIMENTO: 20/09/1966

IDADE: 52

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

ENDEREÇO: RUA PAULO APOLINARIO DA SILVA

Nº: 108

BAIRRO: LOTEAMENTO SERRA GRANDE

CIDADE: GRAVATA

UF: PE

CEP:

PONTO DE REFERENCIA:

ACOMPANHANTE: MARIO

HDA

Última de 10 dias - 1080 - 1080
Classe com 5 dias de 1080 - 1080
Classe com 10 dias de 1080

66R 1080 - 1080 (1080)

EXAME FÍSICO

Edono 6 - 1080 - 1080
197 - 1080 - 1080

conferido original
21/05/19
(M)

EXAMES SOLICITADOS

1080 - 1080 - 1080

1080 - 1080

1080 - 1080

HD

1080

5681091

CID

5681091

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Manoel P. da Cunha
Médico
CRM 24494/PE

HOSPITAL DA RIBEIRA TAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 17/05/2019 22:11

Nome Paciente: JOSINALDO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/09/1966
Sexo: Masculino
Idade: 52
Senha: U0065
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 17/05/2019 22:13 - 17/05/2019 22:14

SYNTHIA TORRES DE ASSIS - COREN: 336929 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE COLISÃO MOTO - POSTE HA 4 HORAS, USO DE CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA HA E, ALGO DESORIENTADO. EDEMA EM FACE. CONSCIENTE E ORIENTADA.

Observação: SENHA: 5686094

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6

17/05/19 23:50 Cirurgia geral

paciente vítima de colisão moto-poste. Apresentando agitação
co-motora. Com trauma de tórax.

- Glasgow 2.

ca: IOT + Sutura

sa. Hb 147 + ur + cr.

Encaminhado à TC

Dra. Odete Mollgaard
Médica
CRM-PE 24843

05:00

C6

Paciente em IOT, extorção hemodinâmica.
TAC de tórax: mostra pequena derrame pleural a direita, sem
evidência de pneumotórax.

TAC de abdome Não evidencia lesões livres ou pneumoperitônio.

Acolhido(a) por: SYNTHIA TORRES DE ASSIS - COREN: 336929 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/05/2019 22:14

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	120 x 80 mmHg
F.C.		F.R.			

SRL 500ml 6/11

[Signature]
 Dr. Nelson Manoel P. da Cunha
 Médico
 CRM 24494/PE

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



Gravatá, 23 de maio de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que a Sr. **JOSINALDO JOSÉ DA SILVA** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 17 de maio de 2019, vítima de trauma por acidente motociclístico, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral
COREN 103674

Jamires Pontes
Jamires Pontes
Enfermeira
COREN 103674

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1678745

Nome: JOSINALDO JOSE DA SILVA

Foi atendido às 22:22 hs. do dia 17/05/2019

Diagnóstico Provável: ① Queda de moto, dign. colisão
multo. carro.

② Traumatismo Cranioencefálico grave

③ Pneumotórax traumático

④ Infecção do trato respiratório

Tratamento Realizado: Drainagem torácica fechada
insuficiência Respiratória e assistência
ventilatória mecânica

Paciente evoluiu e se internou na
UTI deste serviço sem previsão de alta
hospitalar.

Observação:

Recup. 22/05/19

Cópia de:

Médico - CRM Nº 17283

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1428649/2019.

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA.

Foi atendido às 22h22 do dia 17.05.2019.

Diagnóstico provável: Politrauma

TCE grave com fratura de Base de crânio e HSAE à direita

Insuficiência renal crônica

Pneumotórax à direita

ITR nosocomial

Tratamento realizado:

Hemodiálise

Cesárea muito X poste

Fisioterapia motora / respiratória

Drenagem torácica fechada à direita (18/5/19)

Exames complementares

Trat. de suporte clínico

Antibióticos

Obs.

Alte em 18.07.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em

21.08.2019

[Assinatura]

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAMU
CRM: 7474

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

Consultórios Médicos de Gravatá

Fone: 3533.3888 / 3533.3892

CARDIOLOGIA
(Eletrocardiograma)

COLPOSCOPIA

CITCLOGIA
ONCÔTICA
(Prevenção de Câncer
Ginecológico)

CLÍNICA MÉDICA

DERMATOLOGISTA

OPHTALMOLOGISTA
(ODOL. R.M.)

GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA

PSQUIATRIA

LABORATÓRIO DE
ANÁLISES

MEDICINA DO
TRABALHO

ENDOSCOPIA

PEDIATRIA

PSICOLOGIA

ORTOPEDISTA

ULTRASSONOGRAFIA

OROLOGIA

155 DA RECA 01-1424-1223 - 3549-2541

Uso

STO ANTONIO DA GRATÁ

DE CADA PARA 25 DE VAGAR

PARA QUE JORNAL DO

TOE DA SENA APARELHA

DETA AUTOMATICO PRECISO

SEMPRE DE GRATÁ

PROFESSOR A JORNAL E GRATÁ

PROFESSOR A ESTRELA LAROS

TRABALHO. PARANÁ.

CO: H90.3

11/04/19

12.04.2011
OCTUBRO 2011
C. 11.04.2011

Não vale como recibo

Av. Quinze de Novembro, 159 - LJ 01/02 - Nossa Senhora das Graças - Gravatá - PE
(Em frente ao antigo Hospital Virgínia Guerra)

Volta até 15 dias com o mesmo médico

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Josinaldo Jose da Silva

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

17.05.2019

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

17.05.2019

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Josinaldo Jose da Silva

5128353

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente teve colisão moto x poste. Apresentou TCE grave com fratura de base crânio. Teve perda da audição com

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

exame audiológico anexado. Perda auditiva sensorioneural grau moderado 2,3,4,6 e 8 KHz no ouvido direito e perda auditiva de grau profundo no ouvido esquerdo. Ao RNM

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

com diagnóstico de fratura de parede medial da órbita direita. Id 502.1 Lesão 100%

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º	Sequela fratura base crânio
2º	Alta ortopédica a curto prazo
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Vitoria dos Santos

3.2.20

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Assinatura Rego Vitoria
Médico do Trabalho
CRM 20071 MT-022



CONSULTÓRIOS MÉDICOS

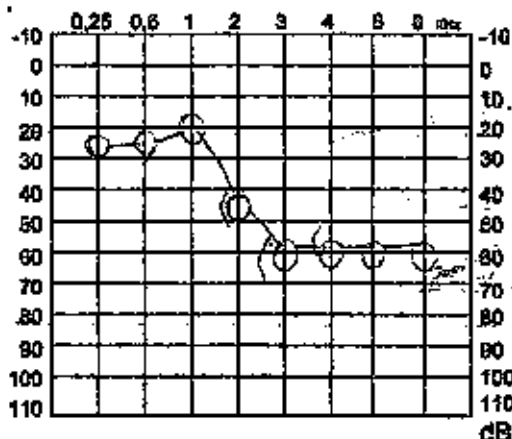
Av. 15 de Novembro, 159 - Centro - Gravata - PE (81) 35333888

Nome: JOHANNALDO JOSE DA SILVA Idade: 52 ANOS

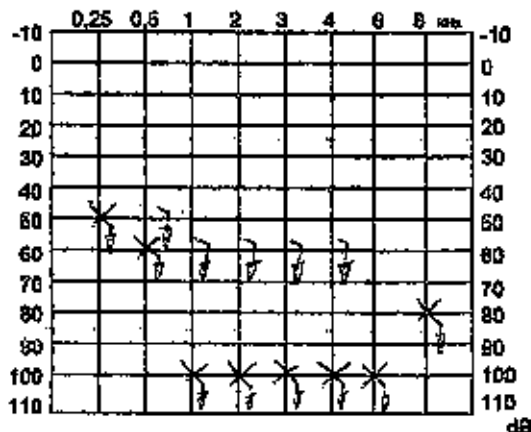
Solicitação: Dr. PAULO LUCENA Data: 20/08/19 Sexo: M (X) F ()

EXAME AUDIOLOGICO

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



Mascaramento

OD	VA:
	VO:
OE	VA:
	VO: ATE 70dB

Índice de Reconhecimento da Fala

		dB	%	Mascaramento
OD	Mono			
	Dis			
	Tris			
OE	Mono			
	Dis			
	Tris			

Limiar de Reconhecimento da Fala

	dB	Mascaramento
OD		
OE		

Limiar de Detecção Fala

	dB	Mascaramento
OD		
OE		

Laudo: PERDA AUDITIVA SENSORIO-NEURAL DE GRAU MODERADO NAS FREQUÊNCIAS DE 2, 3, 4, 6 E 8 KHz NO OUVIDO DIREITO COM DE MAIS FREQUENCIAL AUDIÇÃO NORMAL PERDA AUDITIVA DE GRAU PROFUNDO NO OUVIDO ESQUERDO.

Klevio Maranhão Ferrelra
Fonoaudiólogo
CRFa 4-8579

Klevio Maranhão
Fonoaudiologia
CRFa 4-8579



NOME DO PACIENTE: JOSINALDO JOSÉ DA SILVA

SOLICITANTE: DR.(A) DAMIAO FABRICIO

CONVÊNIO: PARTICULAR

EXAME: RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL COM CONTRASTE

NÚMERO DO PACIENTE: 330444

NÚMERO DA REQUISIÇÃO: 868197

DATA: 27/08/2019

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DOS CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS

Técnica: Estudo realizado com técnica spin-eco ponderada em T1 nos planos axial e turbo spin-eco ponderadas em T2 nos planos axial e coronal. Realizada ainda sequência T1 pós-contraste nos planos axial e coronal. Realizada imagens complementares do encéfalo na sequência FLAIR.

Análise das imagens:

Preenchimento das células mastoideas bilateralmente por tecido com alto sinal em T2, inespecífico podendo representar otomastoidopatia inflamatória ou acúmulo de secreção relacionado ao trauma pregresso.

Condutos auditivos internos com calibre preservado bilateralmente.

Cócleas, canais semi circulares e vestibulos com configuração anatômica e sinal normal.

Complexo do sétimo e oitavo nervos cranianos com sinal, morfologia, contornos e espessura normais bilateralmente.

Tronco cerebral e cerebelo com sinal, morfologia e contornos preservados.

IV ventrículo mediano, com morfologia e dimensões normais.

As imagens complementares do encéfalo na sequência FLAIR demonstrou área de gliose/encefalomalácia fronto-basal e no pólo temporal direito, de aspecto contusional.

Conclusão:

Preenchimento das células mastoideas bilateralmente por tecido com alto sinal em T2, inespecífico podendo representar otomastoidopatia inflamatória ou acúmulo de secreção relacionado ao trauma pregresso.

Nota:

Fratura com infradesnívelamento da parede medial da órbita direita.

OBS:

Para melhor avaliação de eventuais traços de fratura nos ossos temporais, conveniente correlação com estudo de tomografia computadorizada a critério clínico.

CENTRO DIAGNÓSTICO MANOEL FLORÊNCIO

Dr.(a) EDUARDO SATO

CRM 152454

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

9303-5780-2 ALISON

9303-2072-9 SUIRIO

1428649

Data e Hora de Atendimento:
17/05/2019 22:22

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1678745 Paciente: JOSINALDO JOSE DA SILVA

Data de nascimento: 20/09/1966 Idade: 52a 7m 26d

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante: MARIO JOSE DE SANTANA

CCO ID / Data expedição
9120353 /

Mãe: MARIA DO CARMO DE MEDEIROS SILVA

Pai: JOSE ULISSES DA SILVA

Cartão SUS: 898004002751157

Endereço: SÍTIO VOLTA DO RIO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: GRAVATÁ

Numero 1
Complemento:

UF: PE Telefone: 993072042

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE TRABALHO ACIDENTE COLISAO (ÁRVORE, MURO, POSTE)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social: 20/05/2019

Confirmação de nome: a família em 12/05/19 Fones:

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐ Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐ Outros ☐ Observação:

Assistente Social

Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de queda de moto, dor, lesão de moto com perda total de consciência sem imobilização quanto a comorbidades e lesões.

SES HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA
DATA: 17/05/2019 HORA: 22:22

Nível de consciência: Sim ☐ Não ☒

Identidade de trânsito: Sim ☐ Não ☒

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒

Indicações de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒

Atendimento Médico

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒

Por Que?

Acidente de trânsito: Sim ☐ Não ☒

Transporte realizado Por:

EXAME:

EXAME:

Exame Físico:

Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☒

O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp:

Ecl. Consciente desorientado, agitado, sem perfundida

Respiratório MVA em 4HT, S/KA. FR: 24cpm Sa: 94% a

Culatório PA: X mm. Pulso: bpm

em 2T, BNF, S/S. FC: 88bpm. pulso cheio

SETOR DE ULTRASSOM

PARCIAL DE

EXAME DE



ADMISSÃO NA UTI

NOME: Joseinaldo José da Silva
REG: 1078745 IDADE: 52 CL. ORIGEM: UTI NCR
ADMISSÃO NO HR: 17/05/2019 ADMISSÃO NA UTI: 21/05/19

QPD + HDA: Pct vítima de queda de moto,
alço colisão moto / poste. Evoluiu CI TCE
grave / Fratura de base de crânio + HSA da direita
Evoluiu CI Rebaixamento de nível sendo IOT
Realizada DTFD por pneumotorax à direita
+ traumático. Admitido na UTI entubado
sedado, secretivo, mal adaptado a VM.
Sem antibiótico.

ANTECEDENTES:

EXAME FÍSICO GERAL: EKG, Mal adaptado, hipocorado
a febril, hidratado.

CV: RC R em 2 + BNPIS.

FC = _____ PA = _____ mmHg

R: HU (+) CI Raízes em ANT secretivo
IOT em AC DTFD oscilando.

IDÔMEN: Rid A (+)

IC: Edema + hematoema em olho (D)

el de Consciência (Glasgow / Ramsay):

ilias: grocenica (PE) Reflexos: (+) (PE)

ricidade e Sensibilidade:

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

cco Venoso: Periféricos

Via Aérea:

IOT.

Outros:

DTFD (18/05/19)

Contenção 18/05 - 05:00

Desenho de Amarelo de Lúcia de Viterbo molito.

CD: ① Deixo UDT

② Penar 5-11

③ Reavaliação do CG.

Maxus Vasconcelos
Médico
CRM: 1323

10/5/19

#C6#

Realizo Drenagem de tórax fechada em selo d'água
flum. tórax direito por pneumotórax em HD. Realizo
a antissepsia e assepsia, anestesia local, inserção em C'nt
MÉDIA entre 4-5 espaços intercostais. Foi drenado
DE SANGUE. Dreno inicialmente oscilante. Foi fixado com
Z-O. Sem intercorrências

CD: ① Solicito Raio x de tórax para avaliar
o Dreno.

Dr. Neto
Médico
CRM: 1323

18/05/19

NCR

paciente com histórico de colisão de moto, apresenta
otomagia a esquerda.

Realiza TC de cabeça cervical sem lesões neurocirúrgicas agudas

TC do crânio evidencia fratura pequena de base de crânio
que não atinge massa cerebral, Pneumoencefalo pequeno frontal +
HSA-T a direita.

CD: Vigilância neurológica

Acompanhamento com Gc. Gera

Dr. Andréa Gely
Neurocirurgião
CRM - 2557046
CPF: 085.537.061-70



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 17/07/2019 09:11

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 17/07/2019

Hora:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOYO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECERU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEDEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS E OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA PARA HOJE
- AG. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

11. Henrique Gomes
Médico Residente
Neurologia
17/07/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 17/07/2019 15:44

ATENDIMENTO: 1439525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 17/07/2019

Hora:

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

#HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

#ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM TOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM ALTA DE HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS E OUTRAS QUEIXAS.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE; COM TOT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO; FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#CONDIÇÕES:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA PARA HOJE
- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM NEFROLOGIA

Luizão Gomes
Coord. Restauração
Hemodinâmica
17/07/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

REGISTRO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 16/07/2019 09:48

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L3

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 16/07/2019

Hora:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

CHD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM TOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: IV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIER: MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDIÇÕES:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA PARA HOJE
- TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Rafael Borges
Neurocirurgia
CRM-PE 27.298



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 15/07/2019 08:56

ATENDIMENTO: 1420525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 15/07/2019

Hora:

* IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENEC: 24/06/19

* HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

* ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM TQT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEDEU ALTA PARA UGEN, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

* EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCF e RITMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO; FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

* CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRADA PARA HOJE
- AG. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM





NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745 *

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 14/07/2019 13:27

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 14/07/2019

Hora:

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

#ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM TOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRACHEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TOT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLÓR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PPR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#CONDUZAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA PARA HOJE
- G. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

RAI
Pernambuco



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Masmiel dos Mores

EVOLUÇÃO CLÍNICA

50321014

14/07/18

HD: TCE que

JRC agud - Causadora

Segue evoluindo, com a e oint
superior

Base Quase $\pm$ 1300-2/12L (STC)

PA 110x60

Ex 17/07: V90
mo 28
K5.3

Ult HD em 09/07 - Está sem
ocorrer p/HD

Cl = Segue a Causadora
Não houve p/ definir
necessidade de retorno p/HD.

Paciente precisa fazer internado
de definição sobre HD

14/07/18
14/07/18
14/07/18



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

ROTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 13/07/2019 12:58

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 13/07/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

DIAGNÓSTICO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECERAM ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO

- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICÉTERICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.

- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.

- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.

- EN: GLASGOW = 11T; PIFR: MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.

- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL

- SEGUIR HEMODIALISE

- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS

- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA

- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA PARA HOJE

- TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Dr. Rodolfo G. L. A.
Neurologista
CRM: 15.200-50



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 12/07/2019 18:37

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 12/07/2019

Hora: 20:52

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

JOADE: S2

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/05/19

PHD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

#ANAMNESE

- HDA: PET COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO; FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRADA PARA HOJE
- AG. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 10/07/2019 08:44

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 10/07/2019

Hora: 20:52

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

CHD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

#ANAMNESE

- HOA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÔMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM ZT;
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUZAS:

- ALTA HOSPITAL

- SEGUIR HEMODIALISE

- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS

- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA

- VSG DE VIAS URINÁRIAS PROGRADA PARA HOJE

- G. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Dr. Nivaldo Gomes
Médico Gerente
Hemodialise
ITU - PE 2586



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 08/07/2019 08:02

ATENDIMENTO: 1420525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 08/07/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

D: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRADA PARA HOJE
- TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Dr. Nandinho Gomes
Médico Residente
CRO - 17



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSÉ DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 05/07/2019 16:00

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 05/07/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSÉ DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

MISSÃO HR: 17/05/19

MISSÃO SENE: 24/06/19

DO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL; SEM INTERCORRENCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM
HEMODIALISE PROGRAMADA PARA HOJE.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

- ALTA HOSPITAL
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Bruno P. S. Rocha
Rm. Hemoc. 2º
CR 219.12.19



Secretaria da Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 03/07/2019 09:01

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-LB

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 03/07/2019

Hora: 20:52

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

DIAGNÓSTICO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

#ANAMNESE

DOENÇA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM TQT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM
HEMODIALÍSE PROGRAMADA PARA HOJE.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO;
ANJCTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDÓLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#CONDUTAS:

ATB
AG. TRANSFERÊNCIA
SOLICITO LAB

Handwritten signature and stamp:
Handwritten: "Nandinho Gomes"
Stamp: "Unidade Restauração", "Município de Pernambuco", "CRM - PE 71304"



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUARIO: 6678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 02/07/2019 09:05

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 02/07/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

DIAGNÓSTICO: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM. HEMODIALÍSE PROGRAMADA PARA HOJE.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PÍFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUZAS:

ATB

AG. TRANSFERÊNCIA

HEMODIALÍSE HOJE

Dr. Nandinho Gomes
Médico Residente
Neurologia
CMT - PE 2554



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 01/07/2019 09:20

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 01/07/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/06/19

DI: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

ANAMNESE

• HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA; DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
• COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
• MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
• ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA CONVENIO

EXAME FÍSICO:

• ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NÓRMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
• ACP: MV+ EM AMBOS HEMITRACOS; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
• ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
• EN: GLASGOW = 11T; PIPR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
• EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

ATB
SOLICITO FONO
SOLICITO PASSAR SNE PELA ENDOSCOPIA
SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA CONVENIO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 27/06/2019 09:43

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/06/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VH, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO

- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA TOSSE E OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.

- ACP: NV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.

- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.

- EN: GLASGOW = 11T; PIPR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.

- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDIÇÕES

AG.FISIO MOTORA/RESPIRATÓRIA

AG.FONO

AG. HEMODIALISE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUARIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 26/06/2019 17:39

ATENDIMENTO: 1429525

Leito LEITO - 03

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 24/06/2019

Hora: 20:52

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

HID: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

ANAMNESE

HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO

- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA ENFERMARIA.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO;

ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.

- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCN+ E RÍTMICAS EM 2T.

- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLÓR A PALPAÇÃO.

- EN: GLASGOW = 11T; PFR: NOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA

NÃO AVALIADA.

- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONCLUSÃO:

1. LIBERO PRESCRIÇÃO

2. TC DE CONTROLE

3. AGUARDO LAB

4. FÍSIO MOTORA/RESPIRATÓRIA

5. FONO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA/HORA: 24/06/2019 20:53

ATENDIMENTO: 1429525

Leito LEITO - 03

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 24/06/2019

Hora: 20:52

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
IDADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENE: 24/06/19

#HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

#ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2L.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#CONDUTAS:

1. LIBERO PRESCRIÇÃO
2. TC DE CONTROLE
3. SOLICITO LAB
4. FISIOTERAPIA/MOTORA/RESPIRATÓRIA
5. FONIA

Bruno R. S. Rosado
Resid. Neurocirurgia
CREMEPE 27872

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

LEITO: UCEN 3

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

#HD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA

#ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM; COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECIU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO

- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.

- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACÊS; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.

- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.

- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.

- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#EXAME NEUROLÓGICO DETALHADO

1. Inspeção: SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA

2. Funções corticais superiores: AFÁSICO (TQT) E COLABORATIVO.

3. Exame dos nervos cranianos

I - NÃO AVALIADO

II - AVALIAÇÃO COMPROMETIDA POR ESTADO NEUROLÓGICO

III/IV/VI - SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA

V - SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA

VII - SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



ENFERMARIA UEN-3 504-8

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

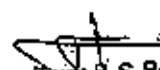
ADMISSÃO SENEC: 24/06/19

#HD:

- TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO + HSA.

#CONDUTAS:

1. LIBERAR PRESCRIÇÃO
2. TC DE CONTROLE
3. SOLICITAR LAB
4. FISIOTERAPIA/MOTORA/RESPIRATÓRIA
5. FONO


Bruno R. S. Rosado
Resid. Neurocirurgia
CREMEPE 27872

DR.: _____

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1678745	ATENDIMENTO: 01429525
DATA DE NASCIMENTO: 20/09/1966	FOI ATENDIDO EM:	Às
	DATA DA ALTA:	05/07/2019 ÀS 15:57

Diagnóstico Provável:

TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

Tratamento Realizado:

CLÍNICO

Observação:

ALTA HOSPITAL

-SEGUIR HEMODIALISE

-RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS

- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM NEFROLOGIA CONFORME ORIENTADO PELA EQUIPE EM QUESTÃO

Encaminhado para:

RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS

NANDINHO DOS SANTOS - CRM: Nº. 8452

Recife, 05, JULHO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade de Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Número do Registro

Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐
Exame Oftalmológico	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Exame Auditivo	Score: 2	Score: 5
Exame de Reflexos	Exame de Reflexos	Exame de Reflexos

Epilo esquerda patológica. Direita sem condições de Auscultação/Abdômen.

Costel livre de enfisema. Sem condições de Auscultação de dor.

Abdome Flácido, deprimível. Auscultação de dor.

ilhe estóvel.

Diagnóstico Inicial:	Cod. Procedimento
Poli-trauma	

Ordem:	Ass. Médico
1) Solicito TAC de Tórax, ABD, crânio e coluna cervical	

2) Sol Auscultação de NCR e BMF.	
3) Depiron 2g + Cetoprofeno 100mg + SF 2,8g 100ml EV	

Classificação de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
1) TAC (SUSPEITO CETOPROFENO)	

Classificação do Caso:	Condição de Alta:
Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta	Curado ☐ Melhorado ☐
Admissão na Clínica:	Inalterado ☐ Piorado ☐
Referido para:	Óbito ☐

Classificação para Alta / Internamento / Transferência:
Nome: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Responsabilidade para Internamento:

O paciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, cirurgias, inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome completo legível:	Assinatura:

Responsabilidade de alta a pedido:

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

Nome completo legível:	Assinatura:

JOSINALDO JOSE DA SILVA
1429649
22/07/2019, N. 1847
18/5/2019
04:01:03.00
603 IMA 6
Manip. VBT

ILA

HOSPITAL JOSINALDO JOSE DA SILVA
SOMATOM, Definition AS 1429649
CT, 20128 *20/01/2006 M, 52Y

18/5/2019
04:01:03.09
603 IMA 6
Manip. VBT

SCOUT 20128

PISH

AHL

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

SILVIO JOSÉ DA SILVA

HPL

ROMA

HOSPITAL JOSÉ NALDO JOSÉ DA SILVA

4-1-1941

1-1-1941

1-1-1941

1-1-1941

1-1-1941

1-1-1941

ALC

ALC



RA



JOSÉ NALDO JOSÉ DA SILVA

HPL

HOSPITAL JOSÉ NALDO JOSÉ DA SILVA

4-1-1941

1-1-1941

1-1-1941

1-1-1941

1-1-1941

1-1-1941

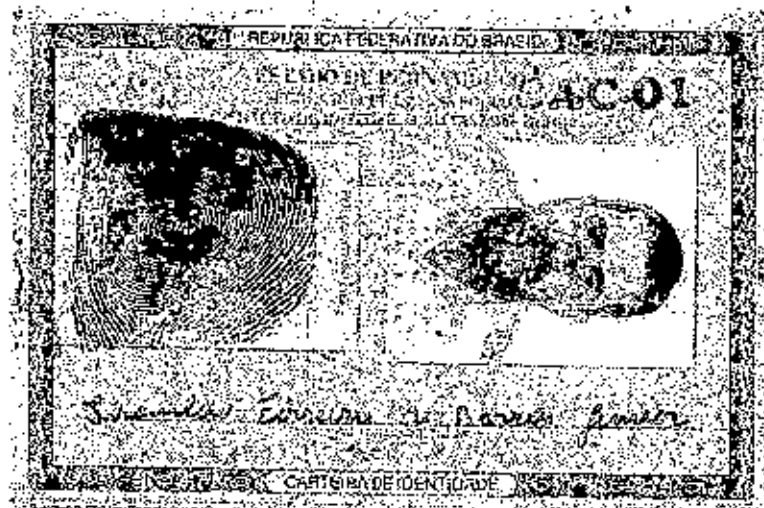
ALC

ALC



RAH





4.493.761 23/08/2011

<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS JÚNIOR >>

<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS >>

<< MYRTEG MARIA WANDERLEY DE BARROS >>

RECIFE - PE 20/03/1975

<< CN-74847 LA-81 F.186 V.CART.SEDE-
VITÓRIA DE STANTÃO PE.19.12.1985 >>

94.689.224-68

ASSISTENTE SOCIAL

F-6.29.159 4430

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DA JUSTICA DIRETORIA NACIONAL DE IDENTIFICACAO		1302436300 1302436300	
NOME: JOSE MARIA CORREIA DATA DO NASCIMENTO: 25/10/1913 SEXO: M ESTADO CIVIL: CASADO ENDERECO: RUA JOSE DE ALMEIDA, 123 - JARDIM PAZ - RIO DE JANEIRO - RJ CEP: 20000-000		1302436300 1302436300	
FOTOGRAFIA		1302436300 1302436300	
ASSINATURA		1302436300 1302436300	
RUBRICADO		1302436300 1302436300	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071455

Cidade: Gravatá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BRUNO CORREIA

Data do acidente: 08/06/2019

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO.

Descrição do exame físico: VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR IMPORTANTE DO COTOVELO, REALIZA EXTENSÃO A 150 GRAUS, FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA LOCAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO PARA OSTEOSINTESE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/02/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO COTOVELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200071455
Nome do(a) Examinado(a): Jose Bruno Correia
Endereço do(a) Examinado(a): Si Nicacio, 590 Avenca Rural
Area Rural de Gravata Gravata PE CEP: 55645-899
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10007607
Data local do acidente: [08/06/2019]
Data local do exame: [28/02/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: CIRURGICO PARA OSTEOSSINTESE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR IMPORTANTE DO COTOVELO, REALIZA EXTENSÃO A 150 GRAUS, FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA LOCAL.
- 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:
LIMITAÇÃO GRAVE DE COTOVELO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR.
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):
COTOVELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSINALDO JOSE DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 17/5/19 CPF DA VÍTIMA 461.657.464-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JOSINALDO JOSE DA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO
 Nº 13 COMPLEMENTO BAIRRO LIVRAMENTO
 CIDADE VITORIA UF PE CEP 55602-360
 E-MAIL TELEFONE (81) 98877-6145

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

4493761
Josinaldo Ferreira
de Barros Junior

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054896/20

Vítima: JOSINALDO JOSE DA SILVA

CPF: 461.657.464-20

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: JOSINALDO JOSE DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR : 794.699.224-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSINALDO JOSE DA SILVA : 461.657.464-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Sinistro
3200067420

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/02/2020
Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
CPF: 794.699.224-68

IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

Eduardo Borges
Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSINALDO JOSE DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: CASADO
 Profissão: AGRICULTOR
 Identidade: 5128.353 CPF: 461.657.464.20
 Endereço: RUA JOSE FARIAS Nº 108 BAIRRO SERRA G-GRAT

DATA DO ACIDENTE: 17/05/2019. COBERTURA: INVALIDEZ.

OUTORGADO:

Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: SOLTEIRO
 Profissão:
 Identidade: 4.493.761 SSP/PE CPF: 794.699.224-68
 Endereço: Praça Padre Felix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA

DE SANTO ANTÃO /PE .

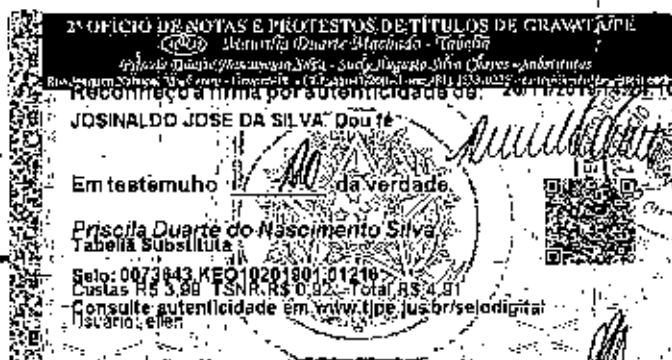
Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomelo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

NOME DA VÍTIMA: JOSINALDO JOSE DA SILVA

GRAVATA 25/11/2019
 LOCAL E DATA

Josinaldo Jose da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE BRUNO CORREIA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: ALUGADOR DE IMÓVEIS
 Identidade: 10007609 SSP/PE CPF: 118.528.724-89
 Endereço: SI. FLO. N.º 390 ZONA RURAL, GRAVATA DE

DATA DO ACIDENTE: 8/6/19 COBERTURA: INVALIDAÇÃO

OUTORGADO:

Nome: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: SOLTEIRO
 Profissão:
 Identidade: 4.493.761.SSP/PE CPF: 794.699.224-68
 Endereço: Praça Padre Felix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO /PE.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

NOME DA VÍTIMA: JOSE BRUNO CORREIA

GRAVATA DE PE OUTUBRO DE 2019
 LOCAL E DATA:



Jose Bruno Correia

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS DE CRESSA S/APE
 Priscila Duarte do Nascimento Silva - 026990
 Rua Joaquim Nabuco, 156 - Centro - CEP: 55602-360 - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE
 Reconheço a firma por autenticidade de: JOSE BRUNO CORREIA Doufe: Priscila Duarte do Nascimento Silva
 Em testemunho da verdade: Priscila Duarte do Nascimento Silva
 Tabella Substituta
 Setor: 0073643 NBO 1020160 026990
 Custas R\$ 3,90 TSNR R\$ 0,92 Total R\$ 4,82
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
 Usuário: allen

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071455

Vítima: JOSE BRUNO CORREIA

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BRUNO CORREIA

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, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071455

Vítima: JOSE BRUNO CORREIA

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE BRUNO CORREIA

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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071455

Vítima: JOSE BRUNO CORREIA

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BRUNO CORREIA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE BRUNO CORREIA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 033

Agência: 000004146

Conta: 000001015151-7

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 461 657 464 20 4 - Nome completo da vítima: JOSINALDO JOSE 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: JOSINALDO JOSE DA SILVA 6 - CPF: 461 657 464 20
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA JOSE FIRMINO DOS SANTOS 9 - Número: 108 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: SENA GRANDE 12 - Cidade: GRAVATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 988776145

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\$1.000,00 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 (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 013 CONTA: 00002154 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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
- ☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ IML que atenda 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 da óbito da vítima: _____
25 - Grau da 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 herdeiros? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a 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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

De 15/11/2019, 10h, em Gravata, PE.
X JOSINALDO JOSE DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8013 5706 2920

JOSINALDO JOSE DA SILVA

0943 013 00002154-6 10/21

el

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 461 657 464 20 4 - Nome completo da vítima: JOSINALDO JOSE 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: JOSINALDO JOSE DA SILVA 6 - CPF: 461 657 464 20
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA JOSE FIRMINO DOS SANTOS 9 - Número: 108 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: SENA GRANDE 12 - Cidade: GRAVATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 988776145

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\$1.000,00 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 (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 013 CONTA: 00002154 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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
- ☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ IML que atenda 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 da óbito da vítima: _____
25 - Grau da 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 herdeiros? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a 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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

De 15/11/2019, 10h, em Gravata, PE.
X JOSINALDO JOSE DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

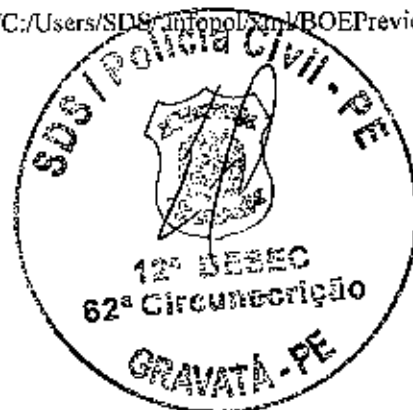


6277 8013 5706 2920

JOSINALDO JOSE DA SILVA

0943 013 00002154-6 10/21

el



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATA - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0152004865

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **08:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/5/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, SALGADÃO** - Bairro: **CENTRO** -
GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **CONDOMINIO VEREDAS DA SERRA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
JOSINALDO JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSINALDO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DE MEDEIROS SILVA** Pai: **JOSE ULISSES DA SILVA** Data de Nascimento: **20/9/1966** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5128353/SDS/PE (RG)** Profissão: **VIGIA** Telefones Celulares: **- 92826662**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 108, RUA JOSE FIRMINO DOS SANTOS, SANTANA.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO** - **GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSINALDO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSINALDO JOSE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCN5087** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE PILOTAVA A SUA MOTO DE PLACA PCN - 5087; QUE AO PASSAR ME UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU. DECLARA AINDA QUE TEVE TRAUMATISMO CRANIANO E PASSOU DOIS MESES INTERNADO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA SENDO TRANSFERIDO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO EM RECIFE. O FATO OCORREU EM UMA VIA PUBLICA DO BAIRRO SALGADÃO, GRAVATA - PE.

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

Josinaldo Jose da Silva
JOSINALDO JOSE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por **EILTON FERREIRA BULHOES** - Matrícula: **319807-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 461 657 464 20 4 - Nome completo da vítima: JOSINALDO JOSE 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: JOSINALDO JOSE DA SILVA 6 - CPF: 461 657 464 20
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA JOSE FIRMINO DOS SANTOS 9 - Número: 108 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: SENA GRANDE 12 - Cidade: GRAVATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 988776145

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\$1.000,00 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 (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 013 CONTA: 00002154 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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
- ☐ IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ IML que atenda 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 da óbito da vítima: _____
25 - Grau da 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 herdeiros? ☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a 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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

De 15/11/2019, 10h, em Gravata, PE.
X JOSINALDO JOSE DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8013 5706 2920

JOSINALDO JOSE DA SILVA

0943 013 00002154-6 10/21

el

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

118 528 724 89

4 - Nome completo da vítima:

JOSE BRUNO CORREIA

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 BRUNO CORREIA

6 - CPF:

118 528 724 89

7 - Profissão:

8 - Endereço:

SINICATIU

9 - Número:

590

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AVENEA

12 - Cidade:

GRAVATA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55610-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(31) 98877614

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (301)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (vivos/não)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mães vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 10 de fevereiro de 2020.

Jose Bruno Correia

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ESTAMOS CONECTADOS 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA

APLICATIVO SANTANDER

APLICATIVO WAY

SANTANDER.COM.BR

TWITTER: @SANTANDER_BR

FACEBOOK: SANTANDER BRASIL

Central de Atendimento: 4004 3535 (capitais e regiões metropolitanas), 0800 702 3535 (demais localidades).

0800 723 5007 (pessoas com deficiência auditiva ou de fala).

Atendimento digital 24h, 7 dias por semana.

SAC: 0800 762 7777 e para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 771 0401. Atendimento 24h por dia, todos os dias.

Ouvidoria - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada: 0800 726 0322 e para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 771 0301. Das 9h às 18h, de segunda à sexta-feira, exceto feriados.



ESTAMOS CONECTADOS 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA

APLICATIVO SANTANDER

APLICATIVO WAY

SANTANDER.COM.BR

TWITTER: @SANTANDER_BR

FACEBOOK: SANTANDER BRASIL

Central de Atendimento: 4004 3535 (capitais e regiões metropolitanas), 0800 702 3535 (demais localidades).

CAIXAS ELETRÔNICOS SANTANDER

EXTRATO DE CONTA - MES ANTERIOR

14/11/2019 09:07:54 DATA CONTABIL: 14/11/2019

LOCAL: 033.4146 - GRAVATA

TRANSACAO: 0647914 TERMINAL: 0000157

JOSE BRUNO CORREIA

BANCO: 033 AGENCIA: 4146 CONTA: 01-015151-7

NAO HA LANÇAMENTOS NO PERÍODO.

INFORMAÇÕES PARA SIMPLES CONFERENCIA,
ATUALIZADAS ATÉ DATA E HORA ACIMA E
SUJEITAS A ALTERAÇÕES.

ACESSE O APP OU TB SANTANDER PARA CONSULTAS E
TRANSACÇÕES A QUALQUER HORA OU LUGAR.