



Número: **0025419-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE BRUNO CORREIA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70906 025	16/11/2020 14:43	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:43:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614431642100000069521006>
Número do documento: 20111614431642100000069521006

Num. 70906025 - Pág. 1

HOSPITAL DA RÍ 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 VOMITOS, OTORRAGIA HA E, ALGO DESORIENTADO. EDEMA EM FACE. CONSCIENTE E ORIENTADA.

Observação: SENHA: 5686094

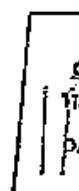
Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): -DOR MODERADA?

Especialidade: NEUROCIURGIA ADULTO

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

17/05/19 23:50 Cirurgia Graal



Paciente vítima de colisão moto-poste. Apresentando agitação
psicomotora. Com trauma da face.

- Glasgow 8.

Col: IOT + Sedacão Sa. Hb+Ht + ur + ex.

Encaminhado à TC

Dra. Odete Molgaard
Médica
CRM-PE-2184

05:00 # CG #

Paciente em IOT, esternal hemostaticamente
TBC de Tórax: visto pequeno derrame pleural direito, re-
wedimão de pneumotorax.

TAC de abdome. Não evidencia lígada livre ou peritonite →

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

Data Impressão: 17/05/2019 22:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco.

Página 1 de 1



PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.	120x70 mmHg
F.C.		F.R.			
<p><i>SL S 80/60</i></p> <p><i>Dr. Antônio Manoel P. de Oliveira</i> <i>Melhorado</i> <i>CRM 24494/PE</i></p>					

ALTA

HORA:	DATA	CURADO <input type="checkbox"/>	MELHORADO <input type="checkbox"/>	A PEDIDO <input type="checkbox"/>
		TRANSFERIDO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTOS SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsra das Graças – Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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 motociclistico, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral
COREN 103674

Jamires Pontes
Jamires Pontes
Enfermeira
CCALM

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá

Endereço: Rua XV de Novembro , 121 – Nossa Senhora das Graças – Gravatá -PE
CEP: 55.642-550 Fone/Fax (81) 3563-9024/9025.
CNPJ: 10.710.822/0001-10
saudem@prefeituradegravata.pe.gov.br
www.prefeituradegravata.pe.gov.br



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1678745

Nome: JOSINALDO JOSÉ DA SILVA

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

- Diagnóstico Próvel: (1) Quadro de resto, díz, calafrios, febre, cansaço.
(2) Traumatismo cranioencefálico grave
(3) Pneumotraumatismo
(4) Infecção de ferida, expectoração

Tratamento Realizado: Drainagem torácica fechada
Intubação respiratória e anestesia
Ventilador mecanico

Paciente encontra-se internado na
UTI deste serviço sem previsão de alta
hospitalar.

Observação:

Rua da, 22/05/19

Cópia da:

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
Médico CRM PE 17293

Médico - CRM N°

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Pùblico 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: politecno

TCC grave com fratura de base de crânio e HSAT
à direita

Sinfisiúncis renal crônica
Plaquetas altas à direita

ITB muscular | (costelas moto x poste)
Tratamento realizado:

Hemo diálise

Fisioterapia moto-fac, respiratória

Drenagem torácica fechada e direta (18/5/19)

Exames complementares

Trat. de suporte clínico

Antibiot. tócos

Obs.

Alt c 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

decreto

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico da 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)	<u>Urgo</u>	<u>Dr. J. M. G. G. G.</u>
COLPOSCOPIA		
CITOLOGIA ONCÓTICA (Prevenção do Câncer Ginecológico)	<u>DE casa</u>	<u>para</u>
CLÍNICA MÉDICA	<u>Fax</u>	<u>para</u>
DERMATOLOGISTA	<u>Telé</u>	<u>sua</u>
OFTALMOLOGISTA ODONTO		<u>ambulatorial</u>
GINECOLOGIA E OBSTÉTRICA	<u>DE casa</u>	<u>ambulatorial</u>
PSIQUIATRA		<u>de casa</u>
LABORATÓRIO DE ANALISES	<u>telemedicina</u>	<u>ambulatorial</u>
MEDICINA DO TRABALHO		<u>ambulatorial</u>
ENDOSCOPIA		<u>ambulatorial</u>
PEDIATRIA	<u>co</u>	<u>R\$ 0,30</u>
PSICOLOGIA		
ORTOPEDISTA	<u>11/01/20</u>	<u>Dr. J. M. G. G. G.</u>
ULTRASSONOGRAFIA		
CRIOLOGIA		

Não vale como recibo

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

Volta até 15 dias com o mesmo médico





CONSULTÓRIOS MÉDICOS

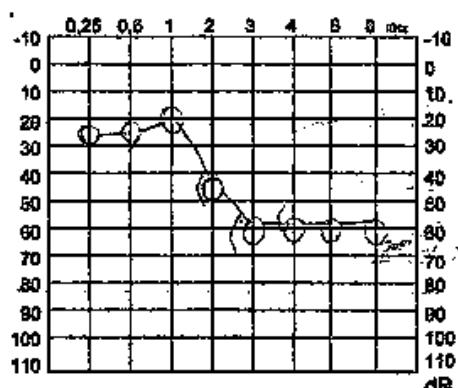
Av. 15 de Novembro, 159 - Centro - Gravatá - PE (81) 35333888

Nome: JONALDO YVES DA SILVA Idade: 52 ANO

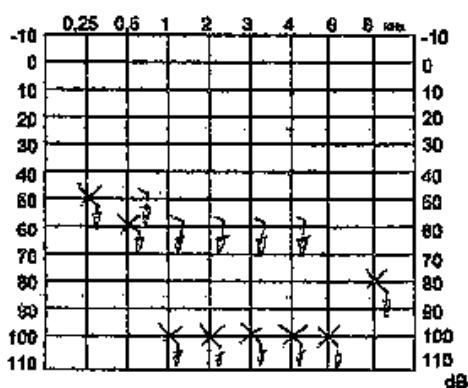
Solicitação: Dra. PABLO LUCENA Data: 20/08/19 Sexo: M (X) F ()

EXAME AUDIOLOGICO

ORELHA DIREITA



ORELHA ESQUERDA



Mascaramento:

OD	VA:
	VO:
OE	VA:
	VO: ATÉ 70dB

Índice de Reconhecimento da Fala

	dB	%	Mascaramento
OD	Mono		
	Dis		
	Tris		
OE	Mono		
	Dis		
	Tris		

Límbar de Reconhecimento da Fala

	dB	Mascaramento
OD		
OE		

Límbar de Detecção Fala

	dB	Mascaramento
OD		
OE		

Laudo: PERDA AUDITIVA SENSACIONAL DE GRADO MEDIO,
RADIO NAS FREQUENCIAS DE 2, 3, 4, 6 E 8KHZ NO OUVIDO
DIREITO COM DEMAIS FREQUENCIAS AUDICAO NORMAL.
PERDA AUDITIVA DE GRADO PROFUNDO NO OUVIDO
ESTAVERDO.

Klevio Maranhão Ferreira
Fonoaudiólogo
CRFa 4-8579

Klevio Maranhão
Fonoaudiologia
CRFa 4-8579



**MANOEL
FLORENCIO**

www.manoelflorencio.com.br



NOME DO PACIENTE: JOSINALDO JOSÉ DA SILVA

SOLICITANTE: DR.(A) DAMIAO FABRICIO

CONVÉNIO: 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.

Côcleas, canais semi circulares e vestíbulos 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 glosse/encefalomalácia fronto-basal e no polo 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 FLORENCIO

Dr.(a) EDUARDO SATO

CRM 152454

Estamos realizando os exames de PET-CT e Medicina Nuclear (Cintilografia).



Número do Registro

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

98803-5780-211501
49307-2072-954910

1428649

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

Local de Atendimento: 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
RG ID / Data expedição: 5120353 / Mãe: MARIA DO CARMO DE MEDEIROS SILVA
Pai: JOSE ULISSES DA SILVA Cartão SUS: 898004002751157

Endereço: SITIO VOLTA DO RIO
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: GRAVATÁ

Número 1

Complemento:

UF: PE Telefone: 993072042 (escrivida)

Correções:

Acidente

DATA: 17/05/2019

HORA: 22:22

98809-2043

(José Roberto. (trun)

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

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social: 20/05/2019 - Família familiar. Atendente

Confirmação de nome: Família: Sim 18/05/2019 Fones:

Confirmação de endereço: Endereço: Sim 18/05/2019

Assistente Social

Providências: Alta Caso Social

Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons.Tutelar Delegacias Minist. Publico

Outros Doutor Enfermeiro Fisioterapeuta Psicólogo

Observação:

Assistente Social

História Clínica:

Paciente sentiu d de quebra de molar, dico, doloroso com dor intensamente desorientado em informar quanto a comorbidades e lesões.

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA
DATA: _____
HORA: _____

Perda de consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trânsito: Sim Não

Identificação de Trânsito: Sim Não Tipo:

Obstrução Cervical: Sim Não Sofreu Queda: Sim Não Altura:

Indicações de Imobilização adequadas: Sim Não Por Quê?

Exame Físico:

Geral: Via aérea está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp:

Esg. Consciente desorientado, agitado, sem perfuncto.

respiratório: MVR em AFT, S/KA. F.R.: 24 bpm S.D.: 84%.

circulatório: PA: mm. Pulso: bpm

RR: em L, BNF, S/S. FC: 88 bpm. pulso lento.

SETOR DE ULTRASSOM

PARCIAL DE

EXAME DE





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

ADMISSÃO NA UTI

NOME: Fozinhaldo José da Silva

REG: 1648745 IDADE: 52 CL. ORIGEM: UTI NCR

ADMISSÃO NO HR: 17/05/2019 ADMISSÃO NA UTI: 21/05/19

QPD + HDA: Rct vítima de queda de moto, colisão com o chão na parte traseira. Evoluiu com TCE grave / Fratura da base do crânio + HSA direita. Rebaixamento de nível de consciência e IOT. Realizada DTFD por pneumotórax à direita traumático. Admitido na UTI sentado sedado, secretivo, mal adaptado a suporte. Sem antibiótico.

ANTECEDENTES:

XAME FÍSICO GERAL: Elev. Hb: adaptado, hipoconcreto a febre, hidratado.

CV: Re referente à NFIS.

FC = _____ PA = _____ mmHg

R: HU(+) e reflexos em ANT secretivo IOT em SC DTFD oscilando.

IDOMEN: R(+) A(+) -

C: Edema + hematoma em olho (D)

el de Consciência (Glasgow / Ramsay):

íllas: Endovenosa (PE) Reflexos: (+) (PE)

Ricidade e Sensibilidade:

OCEDIMENTOS INVASIVOS

Accesso Venoso: Punfleths

Nº: 50 Sx: D

Via Aérea: IOT

Outros: DTFD (18/05/19)



Controle 18/05 - 05:00

Desenvolvimento de lesão de lesão de Vértebra moita.

- CD: ① Dextro LDT
② Pavor SUD
③ Reabilitação do CG.

10/05

:50

#Cott

Manoel Neiva
Médico
CRM-PE 1323

Realizo drenagem de tórax fechado com selo d'água. Hemotórax direito por pneumotorax em tri. Realizou a mastesopisia e assepsia, anestesia local, incisão em Cintmédia entre 4-5º espacos intercostais. Foi drenado 200ml de sangue. Dreno encontra-se oscilante. Foi fixado com 2-0. Sem intervenções.

CD: ① Solicito Rx de tórax para avaliar o dreno.

Manoel
Neiva
Médico
CRM-PE 1323

18/05/19

NCR

Paciente com história de colisão de moto, apresenta otorragia à esquerda.

Revisão fe de coluna cervical sem lesões neurocirúrgicas agudas. TC do Crânio evidencia fratura pequena da base do crânio que não atinge massa cerebral, Pneumoencéfalo pequeno frontal + HTSAT à direita.

CD: Vigilância neuroológica

Acompanhamento com Dr. Geraldo Neurocirurgião
CRM - 300/046
CRF: ARG 537-NR1-78





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

Lote 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 SENEC: 24/06/19

EHD: TCE GRAVÉ, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC EM HEMODIALISE

*ANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-PÓSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NIVEL 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 RECEDEU 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 ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS, AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÓMITOS E OUTRAS QUEIXAS.

*EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO;
- ANICTERICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACR: MV+ EM AMBOS HEMITORAKES; BCNF E RÍTMICAS EN 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPACAO.
- EN: GLASSOW = 11T; PIFR: MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MÁNTIDA; SENSIBILIDADE SEN ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDÉMAS OU SINAIS DE TEP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

*CONDUTAS:

- ALTA HOSPITALAR.
 - 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.

ii. Antônio Gomes
Medico de Plantão
Data: 17/07/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1628746

SEXYO: Macmillan

DATA NACC: 20/09/1986

DATA/HORA: 07/07/2010 - 10:00

ACORDO N.º 1428236

Table E04-1

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 17/02/2019

Notes

ESTIMATIVA

IDENTIFICAÇÃO:
NOME: JOSINALDO VIEIRA DA SILVA

NAME: JOS
ID#AGE: 52

DADE: S2
REGISTRO: 1678745

REGISTRATION: 18/8/49
ADMISSION: H8: 17/05/19

ADMISSED BY HR: 17/03/19
ADMISSED SENIOR: 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 REBALIZAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS, DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECEU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCH, CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO: NÃO INFORMADO
- ALEGATAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DO MUNICIPIO DE ORIGEM, EM ALTA DE HEMODIALISE. ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VOMITOS E OUTRAS QUEIXAS.

#EXAMENESISICO

- EXAME FÍSICO:
 - ECTOSCORIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE; COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTERICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
 - ACP: MV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
 - ABDOME: PLANO; FLEXÍVEL; E INDOLOR À PALPACAO.
 - EN: GLASGOW = 11T; PIFR: MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
 - EXTREMIDADES: SEM EDÉMAS OU SINAIS DE TEP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

~~CONFIDENTIAL~~

- LUMOTAS;
 - ALTA HOSPITALAR;
 - SEGUIR HEMODIALISE
 - RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS.
 - USG DE VIAS URINÁRIAS. PROGRAMA PARA HOJE
 - ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM NEFROLOGIA

ALPÁVEIS E SIMÉTRICOS





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
RONTUÁRIO: 1678745
DATA/HORA: 16/07/2019 09:48

SEXO: Masculino
ATENDIMENTO: 1429525

DATA NASC: 20/09/1966
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 SENECA: 24/06/19

* FHD: 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 RESAIXAMENTO 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
- ALÉRGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS, AGUARDA TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÓMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

* EXAME FÍSICO:
- ECTOSCOPIA: REGULAR; ESTADO GERAL: ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO;
- ANICTERICO; NORMOCGRADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: NV+ EM AMBOS HEMITÓRACAS; BCNF E RITMÍCAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLACÍDO E INDOLOR A PALPACAO.
- FM: 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 HOSPITALAR
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADO PARA HOJE
- VS. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Ratzo 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 NÁSC: 20/09/1966

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

ATENDIMENTO: 1029525

Lote 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

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

HANAMNESE

- HDA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETE, SEM PÉRDA 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 RECEDEU ALTA PARA LICEN, CHEGA ACORDADO, EUPNETICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE É COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES/DE USO CONTINUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL, SEM INTERCÓRRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VOMITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

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

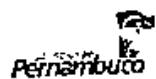
CONDUTAS:

- ALTA HOSPITALAR
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATORIO 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





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: 14/07/2019 13:27

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 14/07/2019

Hora:

*IDENTIFICAÇÃO

NAME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SENE: 24/06/19

LEDI: 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 NIVEL 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 É COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO: NÃO INFORMADO
- ALÉRGIAS: NÃO INFORMADO

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

*EXAME FÍSICO:

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

ANICERICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE,

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

- ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPACAO.

- EN: GLASSGOW = 11; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEN ALTERAÇÕES; MARCHA NAO AVALIADA.

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

*CONDUTAS:

- ALTA HOSPITALAR

- 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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
ESTADO DA

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Neurildo Jose

EVOLUÇÃO CLÍNICA

+ sôfônio

14/07/18

HD: TCC que

JRC opac - Carenador

Sigue estôni, causa e sint
epicrino

Bas Diurese + 1300 L/12h (SJC)

PA 110x60

ext HD: V90
mo 28
K53

Ult HD em 09/07 - Estôni
escuro p/HD

Cd: Sigue e Carenador
Novo fusal p/ definir
necessidade de retorno p/HD.

Paciente precisa ficar intubado
de definição sobre HD

Assinado digitalmente
16/11/2020

COO.0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

· NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
PONTUÁRIO: 1678745
DATA/HORA: 13/07/2019 12:58

SEXO: Masculino
ATENDIMENTO: 1429525

DATA NASC: 20/09/1966
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 SENECA: 24/06/19

IND: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
TRC 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 PERMANEceu 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 ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM ,EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VÓMITOS , NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTAÇÃO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTERICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPACAO.
- 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 HOSPITALAR
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MEDICA
- USG DE VIAS URINÁRIAS PROGRADA PARA HOJE
- TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Dra. Isabela Gatti
Receptor de alta
13/07/2019
C-1631263-10





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

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSÃO HR: 17/05/19

ADMISSÃO SEMEC: 24/06/19

HD: 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, SÌEM PERDA DE CONSCIÉNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VNM, 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 UÇEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS, AGUARDÁ TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE ORIGEM, EM HEMODIALISE, ACOMPANHANTE NEGA FEBRE, NEGA VONITOS, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ÁCIANÓTICO; ANICTERICO; NORMOCORRADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPACAO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR: MOB+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIbilIDADE SENALTERAÇÕES; MARCHA NAO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDENAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

- ALTA HOSPITALAR
- SEGUIR HEMODIALISE
- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRÉ COM 30 DIAS
- AG. PARECER DA CLÍNICA MÉDICA
- USO DE VIAS URINÁRIAS PROGRAMADA 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

IDENTIFICAÇÃO
NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
ADE: 52
REGISTRO: 1678745
ADMISSÃO HR: 17/05/19
ADMISSÃO SENEC: 24/06/19

SHD: TCE GRAVE, COM FRATURA DE BASE DE CRÂNIO E HSAT À DIREITA
IRC ERI 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 PERNANCEU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE É COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

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

EXAME FÍSICO:
- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO;
ANÍCTERO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACOS; BCNF E RÍTMICAS EM ZT;
- ABDOME: PLANO, PLACIDO E INDOLOR A PALPACAO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NAO AVALTADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDÉMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALEAVELIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:
- ALTA HOSPITALAR
- 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





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: 1429525

Leito 504-L8

Evolução Clínica

Data: 08/07/2019 Hora: 20:52

*IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

ADMISSAO HR: 17/05/19

ADMISSAO SENEC: 24/06/19

• ID: 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+NM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECEU 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 ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS, AGUARDA TRANSFERENCIA 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;

ANICERICO: NORMOCORRADO; AFEBRIL AO TOQUE.

- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACOS; BCNF E RÍTMICAS EM ZT.

- ABDOME: FLANO, FLACÍDO E INDOLOR A PALPACAO.

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

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

*CONDUTAS:

- ALTA HOSPITALAR

- SEGUIR HEMODIALISE

- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS

USG DE VIAS URINARIAS PROGRADA PARA HOJE

TRANSFERENCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Dr. Nardino Gama,
Médico Nefrologista
CRM-PE 11111





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: 05/07/2019 16:00

ATENDIMENTO: 1429525

Lote 504-L8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 05/07/2019 Hora: 20:52

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

IDADE: 52

REGISTRO: 1678745

MISSÃO HR: 17/05/19

MISSÃO SENE: 24/06/19

NO: 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, SEN PERDA DE CONSCIÊNCIA IMEDIATA, DEU ENTRADA NESTE HOSPITAL COM QUADRO DE DESORIENTAÇÃO, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NIVEL 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 ESTAVEL, SEN 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; ANICTERICO; NORMOCORÓDICO; AFEBRIL AO TOQUE.

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

- ABDOME: PLANO, FLACÍDO E INDOLCR A PALPACAO,

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

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

#CONDUTAS:

- ALTA HOSPITALAR

- SEGUIR HEMODIALISE

- RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. PIERRE COM 30 DIAS

- AG. TRANSFERÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ORIGEM

Bruno P. S. Rosso
Resid. Neurologia
CR21766-07



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:43:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614431642100000069521006>

Número do documento: 20111614431642100000069521006

Num. 70906025 - Pág. 27



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: 03/07/2019 09:01

ATENDIMENTO: 1429525

Leito 504-18

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 SENEC: 24/06/19

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

- ANAMNESE

DA: 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 RESAIXAMENTO DO NIVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT-VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECEU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRAQUEOSTOMIA.

CONTACTANTE É COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NÃO INFORMADO

- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS, 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; NORMOCORRADO; AFEBRIL AO TOQUE.

- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCFN E RITMÍCAS EM 2T.

- ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDOLOR À PALPACAO.

- 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

Josinaldo Jose da Silva
Hospital da Restauração
COT - 2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUARIO: 4678745

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 SENEC: 24/06/19

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

HANAMNESE

- 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 REBALXAMENTO DO NÍVEL SENSORIAL, SENDO CONDUZIDO COM IOT+VM, COM USO DE DROGAS SEDATIVAS. DEU ENTRADA NA UTI NO DIA 21/05/19, ONDE PERMANECEU 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 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; ACÁNÓTICO; ANICERICO; NORMOCORRADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, PLACIDO E INDOLOR A PALPACAO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIFR: NOE-1; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NAO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CONDUTAS:

ATB
AG. TRANSFERÊNCIA
HEMODIALISE HOJE

Dr. Nandinho Gomes
Médico de Plantão
Hospital da Restauração
CNPJ: 02.256.111/0001-00





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



15

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 SENECA: 24/06/19

• CID: 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 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 CONTINUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA TRANSFERÊNCIA PARA CONVENIO

*EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO;
- ANTERIOR: NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAXES; BCNF E RÍTMICAS EM ZT.
- ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDOLOR À PALPACAO.
- EN: GLASGOW = 11; PIPR: MOE+; FACIAL SIMETRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NAO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

*CONDUTAS:

ATB
SOLICITO FONDO
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 HRI: 17/05/19

ADMISSÃO SENECA: 24/06/19

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

- PANAMNESE

- 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+VN, 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 TRAQUEOSTOMIA, CONTACTANTE E COLABORATIVO.

- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO: NÃO INFORMADO
- ALÉRGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL, 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; ANICTERICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: NV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNP E RÍTMICAS EM ZT.
- ABDOME: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPACAO.
- EN: GLASGOW = 11T; PIRR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDÉMOS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

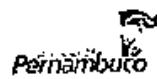
CONDUTAS

AG. FISIO MOTORA/RESPIRATÓRIA
AG. FONO
AG. HEMODIALISE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HÓSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1678745

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/09/1966

DATA ADMIR: 26/06/2019 17:39

ATENDIMENTO: 1429525

Lelto LELITO - 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 SENEC: 24/06/19

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

= ANAMNESE:

MHA: PCT COM RELATO DE COLISÃO MOTO-POSTE, COM USO DE CAPACETS, 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
- ALÉRGIAS: NÃO INFORMADO

PACIENTE ESTAVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS. AGUARDÀ TRANSFERÊNCIA PARA ENFERMARIA.

* EXAME FÍSICO:

- ECTOSCÓPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÔTICO; AMÍCTERICO; HOMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCPF E RÍTMICAS EM ZT.
- ABDÔMEN: PLANO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 11; PIFR: NOE=1; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDÉMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

= CONDUTAS:

1. LIBERO PRESCRIÇÃO
2. TC DE CONTROLE
3. AGUARDO LAB
4. FISIO MOTORA/RESPIRATÓRIA
5. FONO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSINALDO JOSE DA SILVA
PRONTUÁRIO: 1678745
DATA/HORA: 24/06/2019 20:53.

SEXO: Masculino

ATENDIMENTO: 1429525

DATA NASC: 20/09/1966

Leito LEITO - 03

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 24/06/2019 Hora: 20:52

#IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOSINALDO JOSE DA SILVA
Iade: 52
Registro: 1678745
Admissão HR: 17/05/19
Admissão SENE: 24/06/19

AHD: 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 É COLABORATIVO.
- COMORBIDADES: NÃO INFORMADO
- MEDICAÇÕES/DE USO CONTINUO: NÃO INFORMADO
- ALERGIAS: NÃO INFORMADO

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: REGULAR ESTADO GERAL; ALERTA E ALGO DESORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TQT; ACIANÓTICO; ANICTERICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: HV+ EM AMBOS HEMITORACES; BCNF E RITMÍCAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR À PALPACAO.
- 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. FISIO MOTORA/RESPIRATÓRIA
5. FONO

Bruno R. S. Rosado
Resid. Neurocirurgião
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 SENEC: 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 PERMANECEU ATÉ O DIA 23/05/19, QUANDO RECEBEU ALTA PARA UCEN. CHEGA ACORDADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, COM TRÁQUEOSTOMIA, 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; ÁNICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PÁLPAÇÃO.
- 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 066-3 504-8

#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 + HSAt.

#CONDUTAS:

1. LIBERÓ PREScriÇÃO
2. TC DE CONTROLE
3. SOLICITO LAB
4. FISIÓ MOTORA/RESPIRATÓRIA
5. FONO


Breno R. S. Rosado
Resid. Neurocirurgia
CREMSEPE 27872

DR.: _____





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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 HENODIALISE

Tratamento Realizado:

CLÍNICO

Observação:

ALTA HOSPITALAR

-SEGUIR HENODIALISE

-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 DUTRA GOMES - CAR. N° 8452

Recife, 05 JULHO , 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Comunidade de Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Número do Registro

Xânia Neurológico	Deficiência motora:	MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas:	Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
GW: Abertura Ocular e:	Hora: 22:15	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 3	Hora: 22:15	Glasgow: Resposta Motora Escore: 5

spilo expedito fatornegativo. Direito em cardia do Abdome
xposição/Abdômen:
nabel costel livre de enfesos. Se condições de
lecone flácido, depresional.
?bre estéril.

Diagnóstico Inicial:	Cod. Procedimento
Pelotearma	

data:	Ass. Médico
O Sócio TAC de Tonox ABD, hórus e coluna cervical	

data:	Ass. Médico
② Sócio NCR e BMF.	

data:	Ass. Enfermagem
③ Dapivans 2g + Cetoperfeno 100mg + SF2,8g (com 100ml)	

data:	Ass. Enfermagem
(suspeito cetooperfeno)	

data:	Condição de Alta:
testamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta hadô na Clínica; siderido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

data:	CRM:	Data:	Hora:

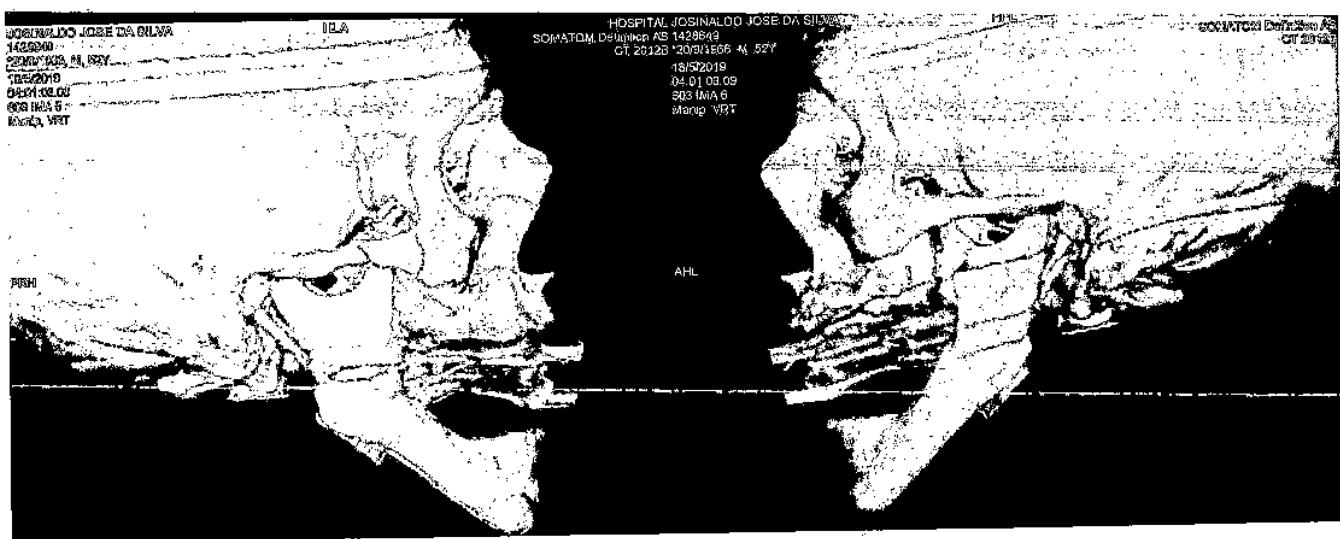
data:	Nome completo legível:

data:	Assinatura:

data:	Nome completo legível:

data:	Assinatura:





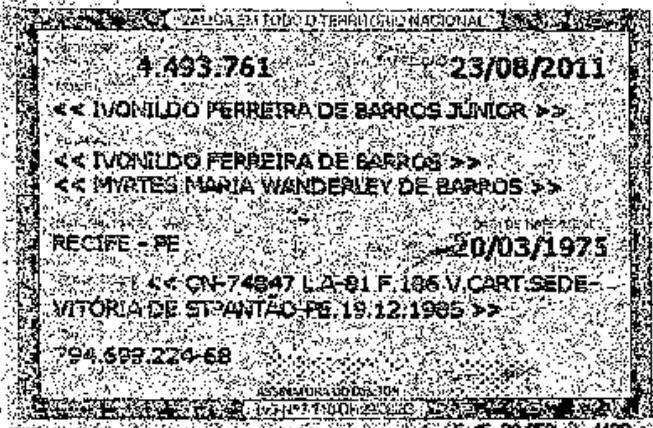
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

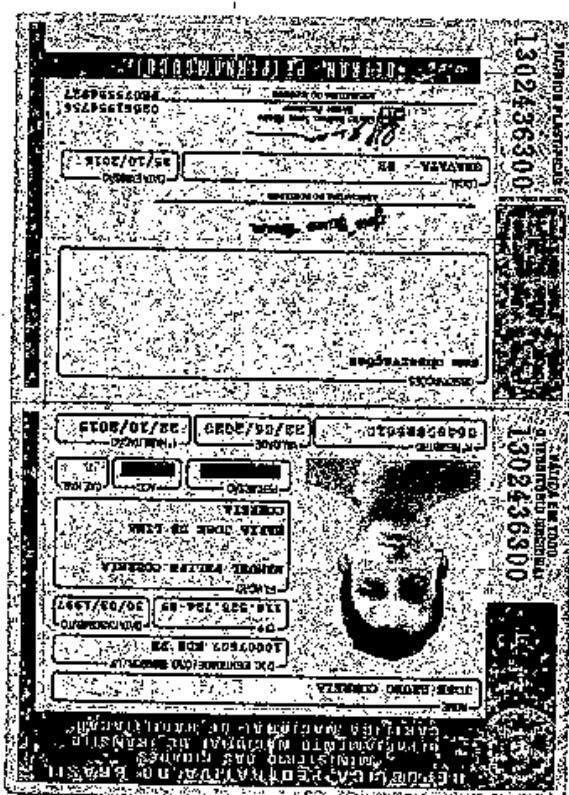


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:43:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614431642100000069521006>
Número do documento: 20111614431642100000069521006

Num. 70906025 - Pág. 38

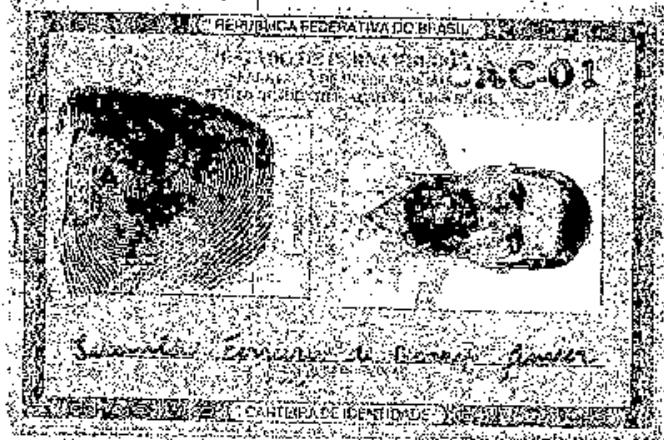






Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:43:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614431642100000069521006>
Número do documento: 20111614431642100000069521006

Num. 70906025 - Pág. 41



VALOR EM FOTO DE PEITO (NACIONAL)	
4.493.761	23/08/2011
<< IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR >>	
<< MYRIAM MARIA WANDERLEY DE BARROS >>	
RECIFE - PE	20/03/1975
<< CN-74047-LA-81-F-156 V.CART.SEDÉ-VITÓRIA DE SANTÃO-PE, 19-12-1985 >>	
794.699.224-60	
ASSINADO DIGITALMENTE	
F-S-23/08-143	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:43:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614431642100000069521006>
Número do documento: 20111614431642100000069521006

Num. 70906025 - Pág. 42

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 VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR IMPORTANTE DO COTOVELO, REALIZA EXTENSÃO A 150 GRAUS, FLEXÃO A 90 GRAUS, DEFÍCIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA LOCAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO PARA OSTE OSSINTSE 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 Vítimas 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 Avenida Rural
Area Rural de Gravataí Gravataí 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 OSTEOSINTSE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
Data da Alta: VITIMA NÃO 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, DEFÍCIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA LOCAL.
- IV. Nexo de causalidade: 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 (*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
---	---
 - b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): COTOVELO - Lado Direito % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio (X) 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--

Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742



LEONARDO FARIAS NEVES
CRM/PE 17742



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:43:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614431642100000069521006>

Número do documento: 20111614431642100000069521006

Num. 70906025 - Pág. 44



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSINALDO JOSE DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 17/5/19 CPF DA VITIMA 461 657 464 20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM AVITIMA É JOSINALDO JOSE DA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR PRAÇA PADRE FELIX BARRETO
 Nº 13 COMPLEMENTO LIVRAMENTO
 CIDADE VITORIA UF PE CEP 56602-360
 E-MAIL TELEFONE (81) 98877-6145

MARQUE () PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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 VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI 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)

DE 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI 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

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____

IDENTIDADE 4493761ASSINATURA Josinaldo Ferreira de Barros Júnior

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

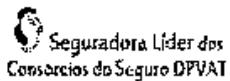
ASSINATURA _____

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:43:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614431642100000069521006>

Número do documento: 20111614431642100000069521006

Num. 70906025 - Pág. 45

RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS



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

CPF do: Próprio

Titular do CPF: JOSINALDO JOSE DA SILVA

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

Sinistro
3200067420

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

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 Rodrigo de Sousa Borges



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	JOSINALDO JOSÉ DA SILVA	
Nacionalidade:	BRASILEIRA	Estado civil: CASADO
Profissão:	AGRICULTOR	
Identidade:	5128.353	CPF: 261.657.464.20
Endereço:	RUA JOSE FERMINO N° 108 BAIRRO SERRA G- gta	
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, n° 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO /PE .	

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio 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 JOSÉ DA SILVA

GRAVATÁ 25/11/2019
LOCAL E DATA

Josinaldo José da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS DE GRAVATÁ
Priscila Duarte Bicalho - Titular
Tabelia Substituta
Selo: 0073843 KEO1920180101210
Custas R\$ 3,98 TSNR.R\$ 0,02 Total, R\$ 4,00
Consulte autenticidade em [www.pje.jus.br/sejodigital](http://pje.jus.br/sejodigital)
Instâncias eletro



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	JOSE BRUNO CORREIA	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: SOLTEIRO
Profissão:	Auxiliar de Cozinha	
Identidade:	10007607 SSP/PE	CPF: 118.328.724-89
Endereço:	Sítio Vila Caco 590, Pernambuco, ENTRADA PE	
DATA DO ACIDENTE: 8/6/19		COBERTURA: INVALIDE

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 Félix Barreto, nº 13 - Livramento - CEP:55602-360 - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO /PE .	

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio 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

Grau Vataí, 07/06/2019
LOCAL E DATA:



Jose Bruno Correia

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OTÍCIO DE NÓBIA E PROTESTOS DE TÍTULOS DE USO - APC
MAGistrado: Maurício Diogo Maciel - Relator
Assunto: Contrato de Móvel - Venda - Direito Civil - Juiz: Antonio Yves Cordeiro - Substituto
Reconhecimento à firma por autenticidade do:
JOSE BRUNO CORREIA, Doutor

Em testemunho da verdade,

Priscilla Duarte do Nascimento Silva
Tabelião Substituto
Selos: 0073643-NBO1020100-028000
Justas: R\$ 3,00 - TMR: R\$ 0,50 - Total: R\$ 3,50
Consulte a autenticidade em: <http://pje.jus.br/eletodigital>
UOL, site:





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

Rio de Janeiro, 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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15506459



Bog 00991/00992 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:43:16
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614431642100000069521006>
Número do documento: 20111614431642100000069521006

Núm. 70906025 - Pág. 49



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

Rio de Janeiro, 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

Pag: 01345/01346 - carta_02 - INVALIDEZ



00040673

Carta nº 15522439



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:43:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614431642100000069521006>
Número do documento: 20111614431642100000069521006

Num. 70906025 - Pág. 50



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

Rio de Janeiro, 12 de 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

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%

% Invalidz Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75% Valor a descontar: 18,75% x R\$ 12.500,00 = R\$ 2.312,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

46165746420 JOSINALDO JOSE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Celular:

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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 0000 2154 6

(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
- 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 da óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Irmão(a) Parente colateral Parente colateral de 3º grau

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiros? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 de artigo 299 do Código Penal.

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

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Reife 10 de Novembro de 2010.*

X Josinaldo Jose da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

- TESTEMUNHAS







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 961 657 464 20 JOSINALDO JOSE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 961 657 464 20

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: PE 55640,000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 988 37 61 45

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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 0000 2154 6

(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
- 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 da óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não 34 - Vida de avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 de 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)

40 - Local e Data,

De Lote, 10 de Novembro de 2010.

X Joaquim José da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

- TESTEMUNHAS

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha







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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUINSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0152004865**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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 José 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) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 961 657 464 20 JOSINALDO JOSE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 961 657 464 20

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: PE 55640,000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 988 37 61 45

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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 0000 2154 6

(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
- 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 da óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (herdeiro): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 de artigo 299 do Código Penal.

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

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)

40 - Local e Data,

De Lefe, 10 de Novembro de 2010.
X Joaquim José da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:43:16
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614431642100000069521006>
Número do documento: 20111614431642100000069521006

Num. 70906025 - Pág. 59



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

11852872489

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 SUSPE N°445/2012

5 - Nome completo:

JOSE BRUNO CORREIA

6 - CPF:

11852872489

7 - Profissão:

AVVX2-A PABDV(CAO)

8 - Endereço:

SI NICATI

9 - Número:

590

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AVENCA

12 - Cidade:

GRAVATA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55630,000

15 - Email:

16 - Tel.(ODD):

(81) 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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (301) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 sómente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realize 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 de 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 Lider 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 SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

 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 compatriote(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinh filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

residuo (varas/espólio):

 Sim Não

31 - Vítima

teve irmãos?

 Sim Não

Vivos:

Falecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar

pais/vivos?

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/vivos?

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

MORTE

NÃO ALFA BETIZADO

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Jardim, 10 de fevereiro de 2020.

Yves Bruno Correia

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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).

CÂIXAS ELETRÔNICOS SANTANDER

EXTRATO DE CONTA - MES ANTERIOR

14/11/2019 09:07:54 - DATA CONFABIL: 14/11/2019.

LOCAL: 033.4146 - GRAVATA

TRANSAÇÃO: 8647914 - 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 ATIVA E SUJEITAS A ALTERAÇÕES.

ACESSO O APP OU IB SANTANDER PARA CONSULTAS E TRANSAÇÕES A QUALQUER HORA OU LUGAR.

