







ENFERMEIRO DA UNIDADE DE CONSTRUÇÃO
FEIA STA:ZABEL 551A

CASA ANNELA RECETTE
RECETTE PE
ENJO 340

STATION	DATE	TIME
STATION	DATE	TIME
STATION	DATE	TIME

[illegible][illegible]

AGE GROUP	PERCENTAGE
18-24	85%
25-34	75%
35-44	65%
45-54	55%
55-64	45%
65+	15%

[illegible]

Compartimento de transporte de passageiros

Item	2005.01	2005.02	2005.03	2005.04	2005.05	2005.06
1.000	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00

Fonte: Dados da Companhia de Transportes de São Paulo (CTSP).

Compartimento de transporte de carga

Item	2005.01	2005.02	2005.03	2005.04	2005.05	2005.06
1.000	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00

Fonte: Dados da Companhia de Transportes de São Paulo (CTSP).

EXPENSES	REVENUE	TOTAL DEBIT	TOTAL CREDIT	
10000000	10000000	10000000	10000000	45.88

8386000000-0 45850011001-4 24885701010-4 08348260193-3



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EULIDES BRAZ DA SILVA FILHO
R.G. 3.966.116-3 DS. R. CPF. 865.184.374-72, RUA
SANTA ISABEL, BAIRRO SANTA ISABEL, RECIFE-
PE. CEP. 52.070.240

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro,
solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº
802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista,
CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 27/12/2018 - 1

Eulides Braz da Silva Filho



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 27 de 12, de 018 .

Euclides Borges da Silva Filho





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0123000576**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/04/2017** às **07:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/2/2017** às **12:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CASA AMARELA (BAIRRO), ALTO SANTA IZABEL -**
Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

POSTE (AUTOR / AGENTE)
EUCLIDES BRAZ DA SILVA FILHO (NOTICIANTE)
VEÍCULO (OUTRO)
E.B.D.S.N. (Menor de Idade) (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

PROD CONSTRUÇÃO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): POSTE
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VEÍCULO

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

EUCLIDES BRAZ DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **OLÍDIA MARIA BARROS DA SILVA** Pai: **EUECLIDES BRAZ DA SILVA** Data de Nascimento: **24/9/1971** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3986016/SDS/PE (RG), 86518437472 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Endereço Residencial: **BAIRRO DE CASA AMARELA (BAIRRO), 1, RUA SANTA IZABEL 551 A - CEP: 55000-000 -** Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

E.B.D.S.N. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **27/8/2002** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10165313/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **BAIRRO DE CASA AMARELA (BAIRRO), 1, RUA SANTA IZABEL 551 A (ALTO SANTA IZABEL) - CEP: 55000-000 -** Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

VEÍCULO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

POSTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

ONIBUS (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VEÍCULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VEÍCULO**

16/04/2017 08:14



ONIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VEICULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VEICULO**

Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **ONIBUS DESCONHECIDO**

POSTE (PROD CONSTRUCAO) de propriedade do(a) Sr(a): **POSTE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **POSTE**

Categoria/Marca/Modelo: **OUTRO/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORA JÁ ACIMA MENCIONADO, VIAJAVAM NO ONIBUS DA EMPRESA TRANSCOL O QUAL FAZ A LINHA RECIFE/ALTO SANTA ISABEL, E DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO OCASIÃO EM QUE O CONDUTOR DO CITADO VEICULO ONIBUS AO ENTRAR NA RUA SANTA ISABEL NAQUELE MESMO BAIRRO, COLIDIU COM UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA E O SEU FILHO DE MENOR IDADE E VITIMA DESTA SR. EUCLIDES BRAZ DA SILVA NETO O QUAL ENCONTRAVA SE COM UM DOS BRAÇOS DO LADO DE FORA DA JANELA DO ONIBUS TEVE O MESMO EMPRENHADO ENTRE O ONIBUS E O POSTE DE ILUMINAÇÃO, QUE O NOTICIANTE O SOCORREU AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE - PE, DE ONDE FOI PRONTAMENTE REMOVIDO A UPA DA CAXANGÁ E DE PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE - PE, CASO AFETO A DELEGACIA DE CASA AMARELA.

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

Euclides Braz da Silva Filho

EUCLIDES BRAZ DA SILVA FILHO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EBENESIO URBANO DE ANDRADE** - Matrícula: **119924-2**



16/01/2017 07:34



5/ documentos

03 F. 4/15

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: EUCLIDES BRAZ DA SILVA NETO

Atendimento: 619142

Prontuário: 1024116

Data Nasc.: 27/08/2003

Idade: 13

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 161215283S80002

Endereço: RUA SANTA ISABEL

Bairro: CASA AMARELA

Cidade: RECIFE

Nº: 551

CEP: 52070025

Fone: 558154350163

Celular:

Estado: PE

Profissão:

Acompanhante:

Nome da Mãe: SONIA MARIA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 20/02/2017 17:19

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Trauma cotovelo (D)

Exame Físico:

M. -> F. 10/10

PA:

FC:

FR:

obscuro

SOLTA PC P/ 10/10 de conduto

Diag. Provisório:

F. 10/10 obscuro 10/10

Prescrição:

Data: 17/11/16

Data

Horário

gesso anto cotovelo

M.S.





UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5108700

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Paulo Antonio Coelho Castor Idade: 14 anos

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Autônomo (Colisão) Passagiro () Motorista () Banco de trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N ()
Motociclista: Motociclista () Passagiro () Uso de Capacete: S () N ()
Sem Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Quedas: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Quedas: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressão: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Transtorno de ansiedade

com sintomas de ansiedade

Hipótese Diagnóstica: Transtorno de ansiedade

AValiação Clínica

Glândula Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.O.: _____ P.A.: _____ T: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia: S () N () Tiragem Intercoastais: S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sinais Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio: Faixas/Choro: S () N ()
Ação Pulcomotora: S () N () Lesões de Face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfuração Periférica: Boa () Lanificada () Bótiás Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudores: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50

< 1 ano 30-50

Criança 20-30

Adulto 12-30

FR:RN 120-150

< 1 ano 90-140

Criança 80-110

Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsiva ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sem Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Decerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit comissura labial ()
Disfunção na fala ()
Avaliação Pupilar: isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG:
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-Abdominais: S () N () Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hábito Alcolólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso de Outras Drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lóio () Maconha () Cocaína () Crack () Langa-perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antitrombotização: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () BPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos infundido: _____
Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Exatidão exames → TAC

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Hora: 14h

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e Data

Avrilam Ferreira
Fraguação e Gessada
CRM 13098

Médico Assistente



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

20/02/2017 17:24



Nome Paciente: EUCLIDES BRAZ DA SILVA NETO
Cód. Paciente: 1024118
Data de Nascimento: 27/08/2003
Sexo: Masculino
Idade: 13
Senha: EA0029
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 619142

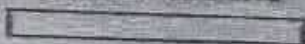


20/02/2017 17:24 - DENICE MARIA BANDEIRA DA SILVA SANTOS - COREN: 29871 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:



AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA

Observação:

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

RÉGUA DE DOR: 6

Acolhido(a) por: DENICE MARIA BANDEIRA DA SILVA SANTOS
Data: 20/02/2017 17:24

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



01447 H. L. 1.10.11
17 0.11. 0.11. 1.10.11
vs. 1.10.11

Avraham Ferreira
Traumatologia/Ortopedia
CRM 17411 FOT 13096

UPA24h	
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	
UPA Coxinga	
TRANSFERIDO	
Para:	H. L.
Data:	20.10.11
Hora:	16:00
Assinatura:	[assinatura]
SALA AMARELA PEDIATRIA	



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 20/02/2017 13:28

	Nome Paciente:	EUGLIDES BRAZ DA SILVA NETO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	14
	Senha:	OR0038
	Convênio:	
	Atendimento:	SAME:

Período: 20/02/2017 13:32 - 20/02/2017 13:32

VALDENIA FELIX DE LIMA - COREN: 361930 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA**
Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAUMA EM MSD HOJE

Observação: PESO: 57,400KG
ALERGIAS-

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: VALDENIA FELIX DE LIMA - COREN: 361930 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/02/2017 13:32

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



GOVERNO DE
Pernambuco

Thamara Clementino
Coordenadora
de 2008

UPA24h
UNIDADE DE PRONTUÁRIO
CAXANGÁ

Monica Lucinda
Coordenadora de Enfermagem

16:00

HOF 16:00

Data do Atendimento: 20/02/2017 Hora: 13:36:35

PRONTUÁRIO: 390579

No. Atendimento: 983387

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Colaborador: MARCIO JMS

Sector / Serviço: CONSULTÓRIO MEDICO

Nome: EUCLIDES BRAZ DA SILVA NETO

Data de Nascimento: 27/08/2002

Idade: 14 Anos, 5 Meses e 24 Dias

País ou responsáveis: SÔNIA MARIA DA SILVA

Endereço: RUA SANTA IZABEL, 551 - CASA AMARELA - 52070240

Cidade: RECIFE

Tel.: 81 984350153

Hora do Atendimento: 1 Hs

Peso: Kg

UPA24h
UNIDADE DE PRONTUÁRIO
CAXANGÁ
RAIO X
TIPO: Lesão
HORA: 16:00
ASS: Adriano Guedes

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA

*Destino do Paciente: ☒ Alta para casa () Exame em Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Instável () Piorado

U. 0301060100

Adriano Ferreira
Traumatologia/Ortopedia
CRM 17411 ZOT 13088

Médico - Carimbo e Assinatura





UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5108709

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Guilherme Rousy Jr Idade: 14

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motociclista ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura _____
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traaseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Queda com contusão

sem ferimentos e exames

Hipótese Diagnóstica: Fratura do Otorrino

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Face: S () N () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Decerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-Abdominais: S () N () Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Hábito Alcolóico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso de Outras Drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibiototerapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenoterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Arbitrário em casa -> TCE

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *ITB-OF*

Hora: *19h*

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

20/01/11

Local e Data

Avraham Ferreira

Traumatologista-Ortopedista

CRM 17411 TOT 13096

Médico Assistente



EXAME NEUROLÓGICO

Resposta Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Inresponsivo ()

Resposta ao Cometa da Glasgow (ECG)

Abertura Ocular

Resposta Ocular Espontânea 4

Resposta Ocular a Voz 3

Resposta Ocular a Dor 2

Resposta Ocular a Dor 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confuso 4

Resposta Inapropriada 3

Sem resposta Verbal 2

Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6

Localiza Estímulo Doloroso 5

Retirada ao Estímulo Doloroso 4

Desorientação 3

Desorientação 2

Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-5: TCE Grave
ECG 6-12: TCE Moderado
ECG 13-15: TCE Leve

Exame de função cerebral: Déficit Motor () Déficit sensível labial ()

Exame de função cerebral: Déficit motor ()

Exame de função cerebral: Déficit motor () Déficit sensível labial ()

Exame de função cerebral: Déficit motor () Déficit sensível labial ()

NATUREZA DA LESÃO

Exame de sangramento Externo: S () N ()

Exame de sangramento Externo: S () N ()

Exame de sangramento Externo: S () N ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Atendimento ao Gênero Cervical: S () N ()

Atendimento ao Gênero Cervical: S () N ()

Atendimento ao Gênero Cervical: S () N ()

Atendimento ao Gênero Cervical: S () N ()

Atendimento ao Gênero Cervical: S () N ()

Atendimento ao Gênero Cervical: S () N ()

Atendimento ao Gênero Cervical: S () N ()

Atendimento ao Gênero Cervical: S () N ()

Reavaliação Cardíaca: S () N ()

Reavaliação Cardíaca: S () N ()

Reavaliação Cardíaca: S () N ()

Reavaliação Cardíaca: S () N ()

Reavaliação Cardíaca: S () N ()

Reavaliação Cardíaca: S () N ()

Reavaliação Cardíaca: S () N ()

Reavaliação Cardíaca: S () N ()

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Exame de função cerebral: Déficit motor ()

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Resposta após exame foi encaminhado:

Resposta após exame foi encaminhado:

Resposta após exame foi encaminhado:

Local e Data

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:

Assinado eletronicamente por:



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção A da 26ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 3181-0228

Processo nº **0011066-76.2019.8.17.2001**

AUTOR: EUCLIDES BRAZ DA SILVA FILHO

RÉS: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A; e

ARUANA SEGUROS S/A

DESPACHO

R. Hoje.

1. Narra a exordial que o Sr. EUCLIDES BRAZ DA SILVA **FILHO** foi vítima de acidente automobilístico que resultou em debilidade permanente de membro superior direito.
2. Contudo, toda a documentação de mérito a ela carreada dá conta de que os danos, em verdade, acometeram o seu filho, EUCLIDES BRAZ DA SILVA **NETO**, e não ele próprio, que apenas acompanhava o menor.
3. Necessário se faz, pois, ordenar a emenda da inicial a fim de que o autor esclareça se está atuando em nome próprio ou na qualidade de representante do seu rebento. Em sendo a primeira opção, deverá acostar aos autos os documentos comprobatórios do acidente do qual narra ter sido vítima. Já se for a segunda, deverá comprovar a sua qualidade de representante legal da criança.
4. Prazo de 15 (quinze) dias úteis.
5. Decorrido em branco o prazo acima, retornem os autos conclusos para extinção.
6. Intimem-se. Cumpra-se.

Recife, 11 de fevereiro de 2019.

Dia de N. Sra. de Lourdes.

BEL. DAMIÃO SEVERIANO DE SOUSA

Juiz de Direito



SINISTRO 3180071943 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EUCLIDES BRAZ DA SILVA NETO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO EUCLIDES BRAZ DA SILVA NETO

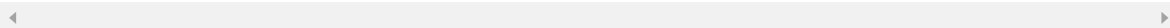
CPF/CNPJ: 86518437472

Posição em 11-02-2019 10:14:10

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

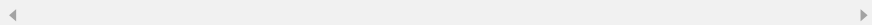
Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

01/03/2018 R\$ 843,75 R\$ 0,00 R\$ 843,75



Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
08/03/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
22/02/2018	Interrupção de Prazo	
16/02/2018	Aviso de Sinistro	





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção A da 26ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0011066-76.2019.8.17.2001
AUTOR: EUCLIDES BRAZ DA SILVA FILHO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, ARUANA SEGUROS
S.A.

INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção A da 26ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 41035440, conforme segue transcrito abaixo:

"DESPACHO R. Hoje. 1. Narra a exordial que o Sr. EUCLIDES BRAZ DA SILVA FILHO foi vítima de acidente automobilístico que resultou em debilidade permanente de membro superior direito. 2. Contudo, toda a documentação de mérito a ela carreada dá conta de que os danos, em verdade, acometeram o seu filho, EUCLIDES BRAZ DA SILVA NETO, e não ele próprio, que apenas acompanhava o menor. 3. Necessário se faz, pois, ordenar a emenda da inicial a fim de que o autor esclareça se está atuando em nome próprio ou na qualidade de representante do seu rebento. Em sendo a primeira opção, deverá acostar aos autos os documentos comprobatórios do acidente do qual narra ter sido vítima. Já se for a segunda, deverá comprovar a sua qualidade de representante legal da criança. 4. Prazo de 15 (quinze) dias úteis. 5. Decorrido em branco o prazo acima, retornem os autos conclusos para extinção. 6. Intimem-se. Cumpra-se. Recife, 11 de fevereiro de 2019. Dia de N. Sra. de Lourdes. BEL. DAMIÃO SEVERIANO DE SOUSA Juiz de Direito"

RECIFE, 14 de fevereiro de 2019.

JOSE AUGUSTO BRAGA
Diretoria Cível do 1º Grau



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ
DE DIREITO DA 26ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE/PE (SEÇÃO A).**

Processo nº 0011066-76.2019.8.17.2001

EUCLIDES BRAZ DA SILVA NETO, neste ato representado pelo seu genitor **EUCLIDES BRAZ DA SILVA FILHO**, ambos já qualificados nos autos da **Ação de Cobrança do Seguro Dpvat** que promovem contra a empresa **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E OUTRA**, vem mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência, em atendimento ao despacho/decisão de fls., e nos termos do Art. 321 do NCPC, requerer a emenda à Petição Inicial, conforme passamos expor:

EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE - PE.



EUCLIDES BRAZ DA SILVA NETO, brasileiro, solteiro, estudante, com RG sob o nº 10.165.313 SDS/PE, neste ato representado pelo seu genitor **EUCLIDES BRAZ DA SILVA FILHO**, brasileiro, casado, autônomo com RG sob o nº 3.966.016 SDS/PE e CPF nº 865.184.374-72 (doc. 01), ambos residentes e domiciliados na Rua Sta. Izabel, nº 651 A, Casa Amarela, Recife/PE CEP: 52070-240 e sem endereço eletrônico (parágrafo 2º do Art. 319 do NCPC), vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por seu advogado infra-assinado, com endereço profissional constante no instrumento procuratório em anexo (doc. 02) e com endereço eletrônico paulocastor.adv@gmail.com, com fulcro no artigo 3º, alínea "b", da Lei 6.194/74, com as alterações advindas da Lei nº 8.441/92, MP 340/06, confirmadas posteriormente pelo art. 8º da Lei nº 11.482/07, assim como da MP 451/08, convertida na Lei nº 11.945/09, caput do Art. 7º da Lei nº 8.441/92, parágrafo 4º do Art. 46 do NCPC, Súmula 540 do STJ e nos demais dispositivos legais que regem a matéria, promover

AÇÃO DE COBRANÇA DO COMPLEMENTO DO SEGURO DPVAT
(RITO ORDINÁRIO)

Contra a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, inscrita no CNPJ n. 09.248.608/0001-04, situada à Rua Senador Dantas, 74 – 5º Andar - Centro – Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20031-205, com endereço eletrônico faleconosco@seguradoralider.com.br e **ARUANA SEGUROS S/A**, inscrita no CNPJ n. 07.017.295/0001-58, situada à Av. Dantas Barreto, nº 507, salas 1214/1215, Santo Antonio, Recife/PE, CEP 50.010-921, com endereço eletrônico contato@aruanaseguradora.com.br:

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Inicialmente, o(a) Demandante afirma que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual faz jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do artigo 4º da Lei 1060/50, com redação introduzida pela Lei 7510/86, consoante declaração em anexo (doc. 03).

DOS FATOS



01. Em primeiro momento, vem o causídico que esta subscreve, declarar e atestar a autenticidade dos documentos acostados à exordial, tudo de acordo com o que preceitua o art. 405 do NCPC.

02. **Euclides Braz Da Silva Neto**, ora Demandante, foi vítima de acidente de veículo automotor, em 20/02/2017, conforme prova a inclusa certidão de ocorrência policial (doc. 04), sendo que o aludido sinistro o(a) deixou com debilidade permanente dos movimentos do membro superior direito, consoante ratifica o laudo médico (doc. 05).

03. A partir disto, o(a) Demandante solicitou junto às empresas Demandadas, o pagamento do seguro dpvat, conforme lhe faculta a Lei nº 6.194/74, sendo que as referidas seguradoras adimpliram, em 01/03/2018, apenas o valor de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme documento em anexo (doc. 06).

04. No tocante ao valor a ser pago, a Lei nº 6.194/74, com as alterações advindas da MP 340/06, confirmadas posteriormente pelo art. 8º da Lei nº 11.482/07, que regulamenta o referido seguro, prevê em seu art. 3º, alínea “b”, que o valor da indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE** é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

05. Todavia, de acordo com as alterações promovidas pelos artigos 19º a 21º da MP 451/08, convertida na Lei nº 11.945/09, em seus artigos 30º a 32º, a invalidez permanente passou a ser classificada como total ou parcial, devendo-se o pagamento da indenização utilizar como parâmetro o critério dos percentuais previstos na Tabela de Danos Pessoais para cada situação.

06. Como no laudo médico, restou ali concluído que o(a) Demandante adquiriu “**Debilidade Permanente dos movimentos do membro superior direito**”, deverá ser aplicado o percentual de **70% (setenta por cento)**, consoante prevê a Tabela já acima citada, sobre o valor total de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme cálculo abaixo.

R\$ 13.500,00 (indenização máxima) x 70% (Membro Superior) = R\$ 9.450,00

07. A partir disto, verificando que o valor correto que deveria ter sido pago ao(à) Demandante era do teto máximo da indenização de R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais), mas que só foi paga a quantia de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), resta ainda o montante de R\$ 8.606,25 (oito mil, seiscentos e seis reais e vinte e cinco centavos), a título de diferença da indenização proveniente do seguro dpvat a ser quitada pelas Demandadas.

DO DIREITO:

08. Outrossim, convém trazer a baila, demonstração da mais pacífica jurisprudência a respeito da pretensão em comento. Senão vejamos:



SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APELAÇÃO CÍVEL 6208/96 - Reg. 3628-3 Cod. 96.001.06208 TERCEIRA CÂMARA - Unânime Juiz: ANTÔNIO JOSÉ A. PINTO - Julg: 19/09/96 COBRANÇA. QUANTIAS INDENIZATORIAS. SEGURO DPVAT. Ação de cobrança de quantias indenizatórias a título de seguro obrigatório - DPVAT. Pedido indenizatório que se fez correto, de acordo com a Lei 6194/74, modificada pela Lei 8441/92. Responsabilidade da seguradora ora apelada, que, inclusive, não nega o dever de indenizar a autora, apenas, divergindo quanto ao valor cobrado. A existência do consórcio de empresas seguradoras tornou possível reclamar-se a indenização de qualquer uma das empresas conveniadas. Apelo da ré que se dá provimento para reformar a sentença de primeiro grau.

09. No que concerne ao posicionamento do **Superior Tribunal de Justiça**, há de ser posto o seguinte:

Acórdão STJ

RESP 296675/SP; RECURSO ESPECIAL

2000/0142166-2

Fonte

DJ DATA:23/09/2002 PG:00367

Relator

Min. ALDIR PASSARINHO JÚNIOR (1110)

Ementa

CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO(DPVAT). VALOR QUANTIFICADO EM SALÁRIOS MÍNIMOS. INDENIZAÇÃO LEGAL. CRITÉRIO. VALIDADE. LEI N.6.194/74. RECIBO. QUITAÇÃO. SALDO REMANESCENTE.

I. O valor da cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (DPVAT) é de quarenta salários mínimos, assim fixado consoante critério legal específico, não se confundindo com índice de reajuste e, destarte, não havendo incompatibilidade entre a norma especial da Lei n.6.194/74 e aquelas que vedam o uso do salário mínimo como parâmetro de correção monetária. Precedente da 2ª Seção do STJ (Resp nº 146.186/RJ, Rel. p/ Acórdão Min. Aldir Passarinho Júnior, por maioria, julgado em 12.12.2001).

II. O recibo dado pelo beneficiário do seguro em relação à indenização paga a menor não o inibe de reivindicar, em juízo, a diferença em relação ao montante que lhe cabe de conformidade com a lei que rege a espécie.(grifos nossos)

III. Recurso especial conhecido e provido.

Data da Decisão

20/08/2002

Órgão Julgador



T4 – Quarta Turma

Decisão: Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas. Decide a Quarta Turma do STJ, à unanimidade, conhecer do recurso e dar-lhe provimento, na forma do relatório e notas taquigráficas constantes dos autos, que ficam fazendo parte integrante do presente julgado. Participaram do julgamento os Srs. Ministros Barros Monteiro e Ruy Rosado de Aguiar. Ausentes, ocasionalmente, os Srs. Ministros Sálvio de Figueiredo Teixeira e César Asfor Rocha.

10. Assim sendo, não resta outra alternativa ao(à) autor(a), senão ingressar com a presente ação, afim de receber o valor correspondente ao complemento do seguro DPVAT, calculados com base no valor da data da efetiva liquidação.

DOS PEDIDOS:

Diante de todo o exposto, requer o(a) Demandante que Vossa Excelência se digne em:

- a) Autorizar os benefícios da **assistência judiciária gratuita**, consoante Lei Federal n. 1.060/50 por ser o(a) Demandante pobre na acepção jurídica do termo, conforme declaração inclusa;
- b) Acatar o pleito do(a) Demandante para a não realização da audiência de conciliação prévia/mediação, nos termos do parágrafo 5º do Art. 334, uma vez que nesta matéria, as Demandadas não apresentam proposta de acordo.
- c) Determinar as citações das empresas Demandadas para que, no prazo de 15 (quinze) dias úteis (Art. 335 do NCPC), ofertem resposta aos termos da ação, sob pena de revelia e confissão quanto à matéria fática (Art. 344 do NCPC);
- d) Por economia processual e, também em razão do objeto da ação, nomear o perito médico de confiança deste Juízo ou participante do Convênio do Tribunal de Justiça deste Estado, para a avaliação e apuração do grau de invalidez do(a) Demandante em data/local/hora a serem designados por este Juízo;
- e) **JULGAR PROCEDENTE** a presente demanda em todos os seus termos, com a condenação das Demandadas no pagamento do complemento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, no importe de **R\$ 8.606,25 (oito mil, seiscientos e seis reais e vinte e cinco centavos)**, com o acréscimo de juros legais a partir da citação (Súmula 426 do STJ) e correção monetária, pela Tabela ENCOGE, a partir do evento danoso, qual seja, 20/02/2017 (Súmula 580 do STJ);



f) Condenar as Demandadas ao pagamento dos **honorários advocatícios** no importe de **20% (vinte por cento)** sobre o valor da causa;

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente pelos documentos que acompanham a inicial.

Dá-se à causa o valor de R\$ 8.606,25 (oito mil, seiscentos e seis reais e vinte e cinco centavos).

Diante do exposto, requer o Demandante o deferimento de todas as retificações realizadas na inicial, a juntada do R.G da vítima, no intuito de confirmar a filiação com o seu representante legal, assim como o posterior prosseguimento do feito.

Pede e aguarda deferimento,

Recife, 14 de fevereiro de 2019.

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

OAB/PE Nº 20.832



