Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

24/01/2020

Número: **0083641-82.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 32ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **03/12/2019**
Valor da causa: **R$ 9.450,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56890178	24/01/2020 09:41	2686598_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 32ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE – SEÇÃO A

Processo: 00836418220198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 **e SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.,** com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/05/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/05/2018**.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[1].

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

[1]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE**. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190053912 **Cidade:** Sirinhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 14/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral[2].

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima[3].

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

> **Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**

[2] RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

[3] **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[4.]

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[5]

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

---

[4]"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[5]***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do covênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO**, **OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 14 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA**, em curso perante **a 32ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00836418220198172001.

Rio de Janeiro, 14 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

24/01/2020

Número: **0083641-82.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 32ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **03/12/2019**
Valor da causa: **R$ 9.450,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA (AUTOR)	**RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
56890180	24/01/2020 09:41	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DADOS CADASTRAIS

Nº da Ocorrência SSI | CPF da vítima | Nome completo da vítima

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

Nome completo | CPF

Endereço | Número | Complemento

Bairro | Cidade | Estado | CEP

Email | Tel (DDD)

Declaro, sob todos os fins de direito, residir no endereço acima indicado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA)**

RENDA MENSAL:

☒ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ **CONTA POUPANÇA** ☒ **CONTA CORRENTE**

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(informar dígito se houver) (informar dígito se houver) (informar dígito se houver) (informar dígito se houver)

Autorizo a Seguradora Líder a efetuar a transferência bancária do valor da indenização, líquido de IRRF, conforme dados informados acima, e declaro que a indenização do seguro DPVAT, quando recebida, será utilizada de acordo com a finalidade para a qual foi concedida, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que [illegible] **(assinalar uma das opções):**

☒ 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.

[illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima

Grau de Parentesco [illegible] da vítima | Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se vítima filhos, informar quantos: Vivos Falecidos | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder [illegible] do Seguro DPVAT permanecerá aguardar herdeiro legítimo que se apresentar [illegible] sob pena de [illegible] a obrigação de restituir o valor pago, sob pena de incorrer na [illegible] do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (por extenso)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF

Assinatura

2ª | Nome:

CPF

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e data-base.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EXCELSIOR CORRETA

22 JAN. 2019

20

GOVERNO MUNICIPAL
SIRINHAÉM
O TRABALHO CONTINUA

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL
Olimpio Machado Gouveia Lins
Rua Pref. Uchoa Cavalcante, 70 - Centro
Sirinhaém - PE

Hospital &

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIA

DATA 15/05/98 CARTÃO SUS
HORA DE ENTRADA 08 04 HORA DE SAÍDA REGISTRO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Thiago José dos Santos Silva
ENDEREÇO Rua Juarez de Brito Cavalcanti
DATA DE NASCIMENTO 08/12/91 CIDADE Sirinhaém UF PE
FILIAÇÃO IDADE 25 anos SEXO: [X] M [ ] F
PAI
MÃE Geruzia Maria dos Santos
RESPONSAVEL

TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL

PESO: FC:
HGT: FR:

HISTÓRIA CLINICA

EXAME FISICO:

22 JAN 2019

EXAMES SOLICITADOS:

CID:

CONSULTA / PRESCRIÇÃO MEDICA

MÉDICO(A): Dr. Wandick R. de Barros
Médico
CRM/PE: 12602

celpe
neoenergia

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7016629116	01/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA A LEITURA
24/01/2019	15/02/2019

98 36

QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)

MEDIDOR	LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	MÉDIA DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)

Energia de Energia	R$				
Transmissão	R$				
Serviço de Distribuição	R$				
Perdas de Energia	R$				
Encargos Setoriais	R$				
Tributos	R$				
Total	R$				

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
7016629116	01/2019	24/01/2019	98,36

83840000000 6 98360011007-9 01682911610 1 15346299173-0

20

GOVERNO MUNICIPAL
SIRINHAÉM
O TRABALHO CONTINUA

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL
Olimpio Machado Gouveia Lins
Rua Pref. Uchoa Cavalcante, 70 - Centro
Sirinhaém - PE

Hospital &

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIA

DATA: 15/05/18 CARTÃO SUS
HORA DE ENTRADA: 08 04 HORA DE SAÍDA REGISTRO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Thiago José dos Santos Silva
ENDEREÇO: Rua Manoel de Brito Cavalcanti
DATA DE NASCIMENTO: 08/12/91 CIDADE: Sirinhaém UF: PE
NACIONALIDADE IDADE: 25 anos SEXO: ☒ M ☐ F
PAI
MÃE: Geruzia Maria dos Santos
RESPONSAVEL

TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL

[illegible]

PESO: FC:
HGT: FR:

HISTÓRIA CLINICA

[illegible]

EXAME FISICO: [illegible]

22 JAN 2019

EXAMES SOLICITADOS: [illegible]

HD:

CONSULTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

MEDICO(A): Dr. Wandick R. de Barros
Médico
CRM/PE: 12602

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SIRINHAÉM
UM NOVO TEMPO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL OLÍMPIO MACHADO GOUVEIA LINS

ENCAMINHAMENTO

Sirinhaém, _____

A: _____

Médico Plantonista: _____

do Hospital _____

Prezado Senhor:

estamos encaminhando o(a) paciente: _____

que apresenta o provável diagnóstico: _____

necessitando tratamento especializado na clínica: _____

_____ deste Hospital.

Sem mais para o momento, subscrevemos-nos

Atenciosamente.

Médico
CRM/PE: 12602

Carimbo e Assinatura Médico

22 JAN 2019

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Atendimento: 437554 **Senha da Classificação:** [redacted]
Data e Hora: 26/05/2018 11:39

Paciente: 105680 THIAGO JOSE DOS SANTOS **Sexo:** MASCULINO
Data do Nascimento: 08/12/1991 **Idade:** 26 anos **Convenio:** 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe:: GERUSA MARIA DOS SANTOS **Nome do Pai:** NILDO JOSE DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO **Nome do Médico:** IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA **CRM:** 17726
Endereço: RUA MARINETE DE BRITO – COHAB 70 **Bairro:** CENTRO
Cidade/UF: SIRINHAEM PE **Usuário Atendimento:** JOCILENEOML
RG (Identidade): 8821448 SDS PE **Data de Emissão:**
CPF (Cadastro de Pessoa Fisica): 10268177490 **Fone:**
Cartão SUS: 708202115631941 **Data de Emissão CRN:**

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Thaynara C. Dias de Souza

[redacted]

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:_____ Altura:_____ Temperatura:_____ Hora:_____

Queixa Principal
Fratura 2º 6D D KP
AAI Dorsal.

Exame Fisico
Da 5 semana.

Hipótese Diagnostico
Fratura 2º 6DD.

Conduta Terapeutica
Tratamento cirúrgico

Prescrição Médica
Internamento. AAS
DM
Analgesia

Carimbo/Médico
Ijaciel Soares de Oliveira
Ortopedia
CRM 17726

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
[redacted]

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

Data e hora retirada da senha: 26/05/2018 11:35

Nome Paciente:	THIAGO JOSE DOS SANTOS
Cód. Paciente:	105680
Data de Nascimento:	08/12/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	26
Senha:	0007
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	437554 [redacted]
SAME:	

Periodo: 26/05/2018 11:46 - 26/05/2018 11:47

ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	[redacted]
Cor:	[redacted] AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE PROCEDENTE DE SIRINHAEM COM SENHA 543456, COM FRATURA DE 2 ª QDD. CHEGA CONCIENTE ORIENTADO. NEGA ALERGIAS E DM, NEGA HAS.
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 26/05/2018 11:47

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 437566 **Data e Hora do Atendimento:** 26/05/2018 11:50
Usuário do Atendimento: ANAKPC **Convênio:** SUS - INTERNACAO

Prontuário: 105680
Nome do Paciente: THIAGO JOSE DOS SANTOS
Nome do Pai: NILDO JOSE DA SILVA
Nome da Mãe: GERUSA MARIA DOS SANTOS
Data do Nascimento: 08/12/1991 **Idade:** 26 anos **Sexo:** MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO **RG:** 8821448 SDS PE **Data Emissão:**
CPF: 10268177490 **Certidão de Nascimento:** **Data Emissão:**
Naturalidade: SIRINHAEM **Escolaridade:** MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Carteira Nacional SUS: 708202115631941 **Ocupação Habitual:** TAXISTA
Endereço: RUA MARINETE DE BRITO 70 CENTRO
Cidade: SIRINHAEM PE **CEP:** 55580970 **Fone:**

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SIRINHAEM
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA **CRM:** 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA **Leito:** LEITO 01

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirurgicos (intervenção cirurgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstistico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 26/05/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:_____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:_____
Diagnostico:_____
Procedimento:_____
Alta em:____/____/____ **Hora:**_____
Médico e C.R.M:_____
Responsável pela retirada do paciente - Nome:_____
Assinatura e R.G:_____

Solange Lima
Faturamento / FAME
31 MAIO 2018

HDM-Hospital Dom Helder Câmara
Manoel F. Rocco
Assistente
SAME/Faturamento

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMERA
ADMISSÃO

DATA: 26/01/19 HORA: 10:00

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria [illegible] Registro: 105692 Clínica: TRO
Enfermaria: UTI Leito: 4 Diagnóstico: 2 [illegible]

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

( )Alergias Quais: ( )Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia ( )Diabetes ( )HAS
( ) Epilepsia ( ) Depressão ( ) Câncer ( )Doenças pulmonar ( ) Cirurgias Anteriores Quais:

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( ) Bom (✓) Regular ( )Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

(✓) Normocorado (✓) Hipocorado ( ) Acianótico ( ) Cianótico ( ) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alérgicas
( ) EDEMAS ( ) Face ( ) Palpebra ( ) MMSS ( )MMII ( ) Anasarca
( ) LESÃO POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (✓) Consciente ( )Inconsciente (✓) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Sedado
PUPILAS: ( ) Normais ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Estrabismo ( ) Midríase ( ) Miose ( ) Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ( ) Cooperativo ( ) Choroso ( ) Irritado ( ) Sonolento ( ) Ansioso ( ) Agitado

8. SINAIS VITAIS

(✓) Afebril ( ) Febril T. AXILAR= ____ºC FR ____IPM Sat O2= ____ (✓) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Traqueostomia ( ) Intubado
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos (✓) Sibilos ( ) Crepitantes FC ____ bpm
PA: ____ X ____ mmHg PULSO: ( ) Filiforme ( ) Cheio ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO: (✓) Periférico Local: ____
( )Central Local: ____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (✓) VO ( )SNG ( )SNE ( ) GTT ABDOME: (✓) Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( )Doloroso ( ) Plano
( ) Ascítico ( ) Gravídico EVACUAÇÃO: (✓) Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia Nº evacuações ____ Aspecto: ( ) Normal ( ) Mucoso
( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ( ) Odor Característico ( ) ÊMESE Aspecto: ( ) Hematêmase ( ) Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ( ) Presente Aspecto: ( ) Ausente ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria
( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ( ) Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ( ) Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: (✓) Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local: ____
( ) AMPUTAÇÃO Local ____ ( ) GESSO Local: ____ ( ) TALA GESSADA Local: ____
Outros: ____

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica	MMSS- Membros Superiores	MMII- Membros Inferiores	FR- Frequência respiratória
FC- Frequência Cardíaca	VO- Via Oral	SVD- Sonda vesical de demora	SVA- Sonda vesical de alívio
SNG- Sonda Nasogástrica	SNE- Sonda Nasoenteral	VAS - Via Aérea Superior	GTT- Gastrostomia

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 27/05/2018
Hora.....: 09:33

[redacted]

Aviso de Cirurgia : 36416
Paciente : 105680
Convênio Atend. : 1
Leito : 684
Dt. Início 27/05/2018 09:00
Cid Pré-Operatório : S626
Cid Pós-Operatório .

Sala : 0005 SALA 05
THIAGO JOSE DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
407 - 04 - LT CCIRURGICA
Dt. Fim : 27/05/2018 09:39
FRATURA DE OUTROS DEDOS

Atendimento : 437566
Carteira
Idade : 26 Anos

[redacted]

Procedimento: 0408020342 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) (PRINCIPAL)

Convênio: 001 SUS - INTERNACAO

Anestesia.

[redacted]

CIRURGIAO 21129 SAUL PINHEIRO REBOUCAS MARTINS

[redacted]

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1 ASSPSIA E ANTISSEPSIA
2 APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
3. REDUÇÃO DE FRATURA DE FRATURA D AFALANGE PROXIMAL DO 2 QDD VISUALIZADA POR ESCOPIA + FIXAÇÃO COM 2 FIOS DE K NUMERO 1,OO.
4. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : SAUL PINHEIRO REBOUCAS MARTINS
CRM : 21129

JH - Hospital Dom Helder Camara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
31 MAI 2018

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA — GESTÃO IMIP HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data: 27/05/18 | Acomodação:

Paciente: THIAGO JOSÉ DOS SANTOS | Sexo: Masc | Cor: Pd | Idade: 26 | Risco: I

CRM: 21833 | Nome do Anestesista: MICHELE JASPAR | Nome do Cirurgião: GANIL

Urgência: ☐ NÃO ☒ SIM

Medicação Pré-anestésica: Ø

Cirurgia: Ato cirúrg. fract. 2º OD Direito.

Horário: 08:50 | 09:23

O_2 | N_2O | Líquidos | SaO_2 100 100 100 100 | ETCO$_2$ | ECG

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

Anotações: BPB

Drogas Usadas	Quantidade
Midazolam	4mg
Fentanil	50mcg
Propofol	100mg
Sidaxtro c/ vaso	200mg
Cloreto	2g
Dexametasona	10mg
Dipirona	2g
Etoposídeo	100mg
Naloxedon	8mg

Técnica Anestésica: Bloqueio de plexo braquial no interescalênico, direito e a nível do cotovelo com estimulador periférico. Ventilação espontânea c/ O_2 3L/min sob cânula nasal.

Monitorização: ☒ Cardioscópio ☒ Oximetro ☒ PNI ☐ Sonda Vesical ☐ Capnógrafo ☐ Estet. Pré-Cordial ☐ Outros: Venóclise prévia MSE. ☐ BIS ☐ Temperatura ☐ Swan-Ganz ☐ Analisador Gases ☐ PVC ☐ Estimulador de Nervo ☐ Linha Arterial ☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Intubado

Destino: ☒ SRPA ☐ Apart/Enf ☐ UTI ☐ Externo

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações: Jejum 7 8 horas. Boa alergias. Nega comorbidades.

Assinatura do Anestesista

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Nome: Thiago José dos Santos	Registro: 1 056[illegible]	Leito:
Procedimento cirúrgico: RDI Fract. 2 = RDD	Data: 27/05/15	Hora:

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade ( )	( ) Encorajar verbalização dos sentimentos e medos	
	( ) Proporcionar apoio emocional	
	( ) Dar informação ao paciente e familiares	
	( ) Outros	
2. Ventilação prejudicada ( )	( ) Manter decúbito elevado	
	( ) Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário	
	( ) Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz	
	( ) Manter o paciente em posição de Fowler	
	( ) Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR	
	( ) Instalar ( ) Manter ( ) Anotar oximetria de pulso	
	( ) Outros	
3. Padrão de eliminação urinária ( ) Diminuído ( ) Aumentado	( ) Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de___/___h	
	( ) Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)	
	( ) Colocar o paciente em posição de Fowler	
	( ) Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição	
	( ) Registrar se: ( ) Dor ao urinar ( ) Abaulamento em região suprapúbica ( )_Ausência de diurese espontânea	
	( ) outros	
4. Dor (✓) Local: _____ ( ) Leve (✓) Moderada ( ) Severa	(✓) Verificar qual posição adequada do paciente	
	(✓) avaliar a localização e a intensidade da dor	
	( ) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação	
	( ) Identificar fatores desencadeantes da dor	
	( ) Registrar características e intensidades da dor	
	( ) outros	
5. Integridade tissular prejudicada (✓)	(✓) Descrever características da lesão	
	(✓) Realizar curativo a cada 24/24 h	
	( ) Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação	
	( ) Medir débito de dreno de___/___h	
	( ) Manter curativo oclusivo por___h	
	( ) Outros	
6. Sangramento ( ) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severo	( ) Aferir pressão arterial de___/___min	
	( ) Manter elevado: _____	
	( ) Realizar curativo oclusivo	
	( ) Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )	( ) Pinçar dreno ao manusear o paciente	
	( ) Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)	
	( ) Manter repouso no leito em posição: _____	

CÓD. 38805

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ( )	( ) Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	( ) Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	( ) Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	( ) Registrar turgor e elasticidade da pele	
	( ) outros	
9. Êmese ( ) Náusea ( )	( ) Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	( ) Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	( ) Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	( ) Outros	
10. Temperatura Corporal ( ) Diminuída ( ) Elevado	( ) Aferir temperatura de____/____h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC	
	( ) Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	( ) Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	( ) Outros	
11. Choque Hipovolêmico ( )	( ) Aferir sinais vitais a cada ____/____min. ( ) Avaliar coloração e umidade da pele	
	( ) Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: ( ) Taquicardia; ( ) PalideZ cutânea; ( ) Pulso irregular; ( ) Pele fria; ( ) Perda da Consciência	
	Outros	
12. Risco de Infecção	( ) Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	( ) Registrar e anotar sinais flogísticos Local: APTFO	
	( ) Examinar F.O. e registrar alterações ( ) dor; ( ) Calor; ( ) Rubor; ( ) Edema.	
	( ) Outros	
	( ) Outros	

G - Sonda Nasogástrica PA - Pressão Arterial FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral HGT - Hemoglicoteste AVP - Acesso Venoso Periférico

ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO ASSINATURA E CARIMBO

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Thiago José dos Santos Data: 27.05.18 Hora: 08:30 Registro: 105680
Convênio: SUS Leito: Peso: Altura:

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Saile Anestesista: Dr. Nicole
Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador: Madjane

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Fratura de falange proximal segundo Início: 08:45 Término: 09:20
Anestesia: Bloqueio + Sedação Início: 08:30 Término:

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: ( ) Bom (X) Regular ( ) Grave
Nível de Consciência: (X) Orientado (X) Consciente ( ) Sonolento ( ) Coma
Respiração: (X) Espontânea ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado
Tricotomia: ( ) Sim (X) Não
Chegou no CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ( ) Lateral ( ) Dorsal (X) Ventral ( ) Ginecológica ( )
Banco de Sangue ( ) Laboratório ( ) Radiologia ( ) Peça Cirúrgica: Sim ( )

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (X) Monitor Cardíaco (X) PNI (X) Bomba CEC Aspirador ( )
Colchão Térmico ( ) Bisturi Ultrassônico ( ) Artroscópio ( ) Microscópio Capnógrafo ( )
Bisturi Elétrico ( ) Local da Placa
Carro de Anestesia (X) Difusor ( ) Intensificador ( ) Nº ( )
Ap. Vídeo ( ) Bomba de Infusão ( )
Oxigênio ( ) Início Término
Protóxido ( ) Início Término
Gás Carbônico ( ) Início Término
Outros: garrote: 08:30 / 09:20

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim ( ) Não ( ) Punção Venosa: Sim ( ) Não ( )
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não ( ) Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( )
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( )
Curativo (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( )

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: CIRURGIA:

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado ( ) Narcose ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )
Encaminhado para: SRPA ( ) S. Intensiva ( ) UCOR ( ) UTI ( ) Apt ( ) Residência ( )

Data: 27.05.18 Hora: 09:20 Enfermeira: Mariana Circulante: Karina

Karina Ramos de Santana 38607
Técnica de Enfermagem
COREN PE 001055314

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 02

Nome: [illegible] Data: 27/05/18 Hora: 9:40 Registro: 1C 5698
Leito de origem: 4C7-C4

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fratura de falange proximal segundo
Tipo de anestesia: Bloqueio + sedação
Equipe: [illegible] Anestesista: [illegible]

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom (✓) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave°
Respiração: (✓) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não (✓) Sim Onde: MSE
Acesso Venoso Central: (✓) Não ( ) Sim Onde:
Drenos: ( ) não ( ) sim Onde:
Sinais vitais: PA: 127 x 82 mmHg FR: — p/min FC: 71 p/min SaPO2: 100%
Glasgow:

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15' 09:55	30' 10:10	60' 10:40	1:30 h 11:10	2:00 h 11:40	3:00 h
PA	121x78	122x73	116x70	122x77	118x76	
FR	—	—	—	—	—	
FC	65	60	66	71	72	
SaPO2	100%	100%	100%	99%	99%	
Glasgow	—	—	—	—	—	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 116 FC: 70 FR: — SaPO2: 99% Glasgow: —

Destino: (✓) Enfermaria ( ) UTI ( ) Emergência ( ) Ambulatório ( ) Residência

Data: 27/05/18 Horario: 12:05 Responsável pelo encaminhamento.

Alta da SRPA pelo médico:

COD 38398

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

		DATA:	27.05.18
PACIENTE:	Thiago José dos Santos	RG:	105680
CIRURGIÃO:	Dr. [illegible]	AUXILIAR:	
ANESTESISTA:	Dr. Nicole	ANESTESIA:	Bloqueio
CIRURGIA:	Fratura de clavícula proximal segundo		
ESTRUMENTADOR:	[illegible]	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana
CIRCULANTE:	[illegible]	COREN:	
ENFERMEIRA:	[illegible]	HORÁRIO INICIAL:	HORÁRIO FINAL:

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	

CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			

CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	

LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400

CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX

EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO

EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM

LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 8	

LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5

SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	

AVENTAL CIRUR.	BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20

FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDÍACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

COD. 38407

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

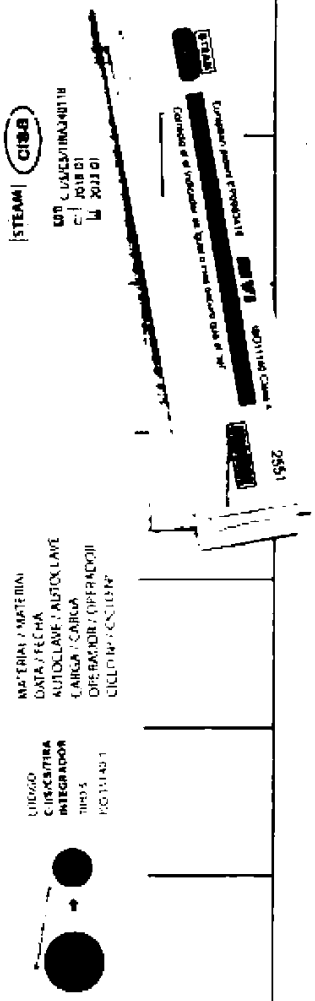
1. Identificação

Nome: Thiago José dos Santos Data: 27/05/18 Registro: 105680
Convênio: SUS Leito: Hora: 08:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Saulo
Anestesista: Dr. Vicali
Circulante: Marina Ramos de Santana
Técnica de Enfermagem
COREN PE 001055314
1º auxiliar:
Instrumentador: Nadjani

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lap Capote Punho de faco	[redacted] 25 . 5 . 9 02 [redacted]	
Bisc. de mão C2 fio K. Nº 1 C1 fio K. Nº 1,5	[redacted] [redacted] .8 02 [redacted]	
Ricardinho Motor de mão	[redacted] [redacted] 25.05.18 02 [redacted] 25.05.182248 [redacted]	
	[redacted]	
	[redacted]	
	[redacted]	
	[redacted] .8 [redacted]	



MOTOR BATERIA 19619
PROFESSOR MARTINIANO FERNA
CME
PLASMA

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

DOM HELDER CÂMARA

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES
Registro: 105680
Nome: THIAGO JOSE DOS SANTOS
Mãe: GERUSA MARIA DOS SANTOS
End.: RUA MARINETE DE BRITO
Enferm.: 407 - 04 - LT CCIRURGICA

Atendimento: 437566

Leito: 684

Dt Cad: 26/05/2018
Dt. Nasc: 08/12/1991
Bairro: CENTRO
Cidade: SIRINHAEM
CNS: 708202115631941

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- [x] Confirmação sobre o paciente
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado
- [x] Sitio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- [x] Checagem do equipamento anestésico
- [x] Oximetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- [x] Não
- [ ] Sim _____

Há risco de via aérea dificil / broncoaspiração?

- [x] Não
- [ ] Sim e há equipamento disponivel

Há risco de perda sanguinea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- [x] Não
- [ ] Sim e há equipamento disponivel

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- [x] Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- [x] O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos criticos:

- [x] Revisão do cirurgião: Há passos criticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possiveis perdas sanguineas?
- [x] Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- [x] Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- [ ] Sim
- [x] Não se aplica

Exames de imagem estão disponiveis?

- [x] Sim Rx
- [ ] Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- [x] Nome do procedimento realizado Fmt. 2: DDP.
- [ ] A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)
- [ ] Biopsias estão identificadas com o nome do paciente
- [ ] Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- [x] O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Pernambuco
JUNTOS, FAZEMOS MAIS.

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: ____________________ Registro: __________

Clínica: __________ Enfermaria: __________ Leito: __________

Data/Hora	
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	Dra. Mariana S. de Almeida Araújo Médica CREMEPE 20413 [illegible] 10287

DOM HELDER CÂMARA Secretaria de Saúde PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO IMIP

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: THIAGO JOSE DOS SANTOS
REGISTRO: 105680 **DATA ADMISSÃO: 26/05/2018** **DATA ALTA: 28/05/2018**

1) Diagnósticos Definidos:
FRATURA DE 2 QDD

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:
FIO K

3) Prescrição Para Domicilio: Em anexo

4) Informações Complementares:

1 - USAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS
2 RETORNO AO AMBULATÓRIO COM DUAS SEMANAS
3 CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAUDE
4 RETORNAR A EMERGENCIA SE SINAIS DE INFECCAO OU NECROSE (PUS, EDEMA, FEBRE)
7) FAZER COM FREQUENCIA MOVIMENTO DE FLEXAO, EXTENSAO DE DEDOS, PUNHO E COTOVELO
8) FISIOTERAPIA MOTORA

18.06.18
as: 03:00 horas
chegada ao
até as 09:00h
no sistema

Programação Após Alta:
Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ( )

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA COM DUAS SEMANAS

Assinatura do Médico e Carimbo
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES/PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

(81) 3183 0149
Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

PERNAMBUCO IMIP

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

28/05/20

PACIENTE: THIAGO JOSE DOS SANTOS

Endereço:

Prescrição

1) CEFALEXINA 500MG ----------28COMP
01 COM 6/6H POR 7 DIAS

2) Profiam 100mg---------- 01 cx
01 com vo 12/12h por 5 dias

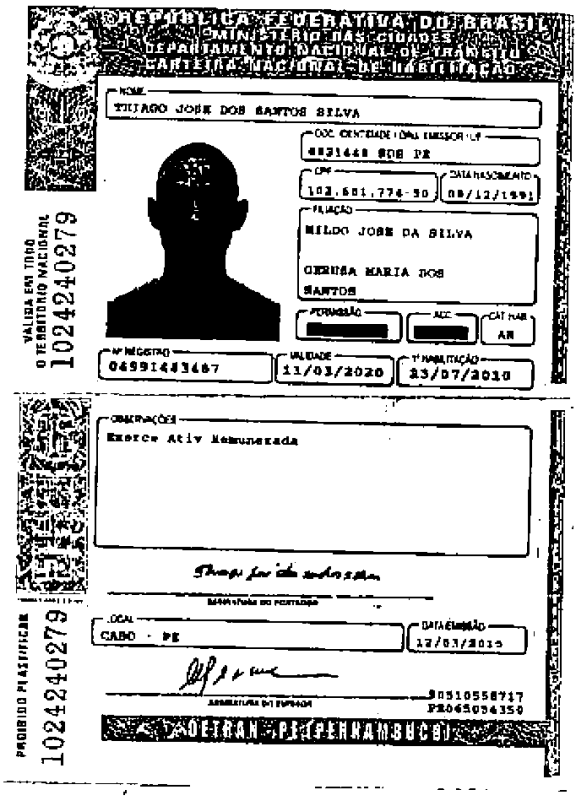
3) Dipirona 01g – 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPICIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

4) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa
Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome.....	
.....	
Ident.:.....Org.Emissor:.....	
End.:.....	
.....	
Cidade:.....UF:.....	
Telefone:.....	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA:

22 JAN 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
TIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4831448 SDS PE

CPF
102.681.774-90

DATA NASCIMENTO
08/12/1991

FILIAÇÃO
MILDO JOSÉ DA SILVA
GERUSA MARIA DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04991443487

VALIDADE
11/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
23/07/2010

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

LOCAL
CABO - PE

DATA EMISSÃO
12/03/2015

30510558717
PE045034350

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1024240279

PROIBIDO PLASTIFICAR
1024240279

22 JAN. 2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013728739005 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R$)

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

22 JAN. 2019

DOM HELDER CAMARA

IMIP

ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 105680
Paciente: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA
Pai: HILDO JOSE DA SILVA
CEP: 55580-000

Cadastro aberto com dados incorretos, nome: THIAGO JOSE DOS SANTOS, pai: NILDO JOSE DA SILVA, CEP: 55580-970 pelo usuário: JOCILENE OLIVEIRA MESQUITA DE LIMA em 26/05/2018.

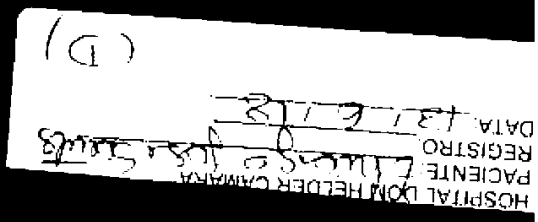
Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento CNH nº 8821448 SDS PE foi procedida a referida alteração.

22 JAN. 2019

Cabo, 22/01/2019
HDH-Hospital Dom Helder
Rivania Brito
Coordenadora do Same / Faturamento

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
PACIENTE
REGISTRO
DATA
(1)

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
PACIENTE Tudão Jos de
REGISTRO
DATA 11/01/18 Sumre

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190053912 **Cidade:** Sirinhaém **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 14/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190053912 **Cidade:** Sirinhaém **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 14/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025042/19

Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

Data do acidente: 14/05/2018

CPF: 102.681.774-90

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA : 102.681.774-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2019
Nome: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA
CPF: 102.681.774-90

THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

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, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190053912 **Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: 14/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01037/01038 - carta_01 - INVALIDEZ

00020519

Carta nº 13849616

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, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190053912 **Vítima: THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: 14/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), THIAGO JOSE DOS SANTOS SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00461/00462 - carta_04 - INVALIDEZ

00060231

Carta nº 13864560

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DADOS CADASTRAIS

Nº do Requerimento: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF:

Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Email: Tel (DDD):

Declaro, que todos os dados de direção, residência e endereço acima estão corretos, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA)**

RENDA MENSAL:

☒ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ **CONTA POUPANÇA** ☒ **CONTA CORRENTE** (Se Investidor)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: (informar dígito se existir) CONTA: (informar dígito se existir) AGÊNCIA: (informar dígito se existir) CONTA: (informar dígito se existir)

Autorizo [illegible] o valor da indenização [illegible] DPVAT [illegible] quitação total do valor recebido

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que [illegible] **(assinalar uma das opções):**

☒ 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 perícia 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.

[illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se vítima filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible] **do Código Penal.**

Local e Data: Cerro Azul / PR

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (por extenso)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e data-limite.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EXCELSIOR CERTIFICA

22 JAN. 2019

22 JAN. 2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0163000314

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/05/2018** às **09:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **14/5/2018** às **21:30**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA LESIONADA**
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, PE-60, KM-41, SIRINHAÉM-PE** - Bairro: **CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO POSTO IPIRANGA-PE**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR \ AGENTE)
THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA

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

THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GERUSA MARIA DOS SANTOS** Pai: **HILDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **8/12/1991** Naturalidade: **SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8821448/SDS/PE (RG)**, **10268177490 (CPF)**, **04991483467 (CNH)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **TAXISTA** Telefones Celulares:
- **81994162956**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, RUA MARINETE DE BRITO, Nº70, COHAB, SIRINHAÉM-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/PRISMA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDY0942** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **107241270** Chassi: **9BGKT69R0GG117040**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Apólice: **SULAMÉRICA**

Complemento / Observação

CONFORME A VITIMA VINHA CONDUZINDO SEU VEÍCULO ACIMA MENCIONADO, NA PE-60, QUANDO EM UMA CURVA O PNEU DIANTEIRO ESQUERDO ESTOROU, E O MESMO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO BATENDO NO POSTE E CAIU RIBANCEIRA ABAIXO, CASANDO DANOS TOTAL DO VEÍCULO.

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

THIAGO JOSÉ DOS SANTOS SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JEFFERSON LEANDRO DOS SANTOS** - Matrícula: **152087-3**

22 JAN. 2019