



Número: **0089845-45.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NILSON DE SANTANA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57255 680	31/01/2020 17:13	<a href="#">2688863_CONTESTACAO_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00898454520198172001

**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."

**TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**, empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 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 **JOSE NILSON DE SANTANA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

**CONTESTAÇÃO**

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 **03/12/2018**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 06/10/2019.**

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.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



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 REALIZAÇÃO 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 VALIDADE DO REGISTRO DE Ocorrência**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

**Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 06/10/2019 após 10 MESES da data do alegado acidente noticiado.**

**Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.**

**Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 03/12/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.**

**Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!**

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

**Não há justificativa para delonga tão grande**, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.



No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

### **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<sup>1</sup>.

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.

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.

<sup>1</sup>“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)



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.

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 FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito<sup>2</sup>**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme verificado nos documentos apresentados pela parte autora, nota-se que o boletim de ocorrência somente fora elaborado 10 meses após o suposto sinistro, de forma unilateral e sem a presença de testemunhas que pudessem corroborar com os fatos ali alegados.

Ademais, os documentos médicos acostados à exordial não são capazes de comprovar que as lesões acometidas à parte autora decorreram do acidente em questão.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>3</sup>.

<sup>2</sup>X-SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

#### **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<sup>4</sup>.

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<sup>5</sup>.

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**

**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.

---

<sup>3</sup> APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

<sup>4</sup> 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 HOUE 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.

<sup>5</sup> **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.”



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<sup>6</sup>.

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<sup>7</sup>

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 Súmula 474 do STJ.

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

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:

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**



- 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 convênio 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 exposto 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, 24 de janeiro de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



### **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**

<b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>	<b>Total (100%)</b>	<b>Intensa (75%)</b>	<b>Média (50%)</b>	<b>Leve (25%)</b>	<b>Residual (10%)</b>
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 esfinteriano; (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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
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 **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE NILSON DE SANTANA**, em curso perante a **11ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00898454520198172001.

Rio de Janeiro, 24 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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0089845-45.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NILSON DE SANTANA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57255681	31/01/2020 17:13	<a href="#">ANEXO</a>	Outros (Documento)

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190598081 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE NILSON DE SANTANA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TCE MODERADO COM HEDA.

**Descrição do exame físico:** VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. CICATRIZ EXTENSA EM COURO CABELUDO.

**Resultados terapêuticos:** DRENAGEM DO HEMATOMA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 08/11/2019

#### Conduta mantida:

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190598081  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Nilson de Santana  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ana Ester Batista Ramos, 70  
Sao Sebastiao Carpina PE CEP: 55813-230  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 7651586  
Data local do acidente: [ 03/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 08/11/2019 ] RECIFE [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TCE MODERADO COM HEDA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: DRENAGEM DO HEMATOMA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA**  
**Complicações: EVOLUI SEM ALTERAÇÃO**  
**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**VÍTIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. CICATRIZ EXTENSA EM COURO CABELUDO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
( ) Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"**
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) "Vítima em tratamento"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias*  
**(X) "Sem sequela permanente"**  
*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):  | Região Corporal (Sequela):  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):  | Região Corporal (Sequela):  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190598081 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE NILSON DE SANTANA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TCE MODERADO COM HEDA.

**Descrição do exame físico:** VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. CICATRIZ EXTENSA EM COURO CABELUDO.

**Resultados terapêuticos:** DRENAGEM DO HEMATOMA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 08/11/2019

#### Conduta mantida:

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190598081 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE NILSON DE SANTANA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO  
HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA (P.4)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190598081 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE NILSON DE SANTANA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO  
HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - DRENAGEM DE HEMATOMA (P.4)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190598081

Vítima: JOSE NILSON DE SANTANA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NILSON DE SANTANA

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

Carta nº 15009375





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190598081

Vítima: JOSE NILSON DE SANTANA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE NILSON DE SANTANA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00919/00920 - carta\_02 - INVALIDEZ

00290460



Carta nº 1502580





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

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190598081

Vítima: JOSE NILSON DE SANTANA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE NILSON DE SANTANA**

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. 00017/00018 - carta\_04 - INVALIDEZ

00060009



Carta nº 15107928



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

014-947.704-07

JOSE NILSON DE SANTANA

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

5 - Nome completo:

JOSE NILSON DE SANTANA

6 - CPF:

014-947.704-07

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA ANA ESTER BATISTA RAMO

9 - Número:

70

10 - Complemento:

-

11 - Bairro:

SÃO SEBASTIÃO

12 - Cidade:

CARPINA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55813-230

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

812991073896

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1783

3

CONTA:

0031026

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (não nasceu)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

CARPINA 16-10-2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

0002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC  
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0135003851**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/10/2019** às **10:29**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **3/12/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, ESTRADA DE FEITICEIRO** - Bairro: **ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **ENGENHO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO IDENTIFICADO ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSÉ NILSON DE SANTANA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**

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

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

**JOSÉ NILSON DE SANTANA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **NÃO DECLARADO** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **30/12/1978** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 29, RUA ANA ESTER BATISTA - CEP: 0 - Bairro: SENZALA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NÃO IDENTIFICADO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

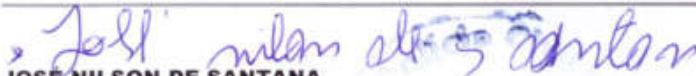
**A VÍTIMA, JOSÉ NILSON DE SANTANA, AFIRMA QUE NO DIA 03/12/2018, NO PERÍODO NA MANHÃ, ESTAVA COMO PASSAGEIRO DE UM MOTOTAXI NÃO IDENTIFICADO, QUE ESTAVAM TRANSITANDO NA MOTOCICLETA**

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
18/10/19




**DE CRACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS PELA ESTRADA DE FEITICEIRO, ZONA RURAL DER CARPINA, QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, QUE JOSÉ NILSON DE SANTANA, CAIU NO SOLO E SOFREU LESÕES E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE NAZARÉ DA MATA.**

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

  
**JOSÉ NILSON DE SANTANA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: **273810-4**

  
Carpina

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
08/10/19



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

014-947.704-07

JOSE NILSON DE SANTANA

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

5 - Nome completo:

JOSE NILSON DE SANTANA

6 - CPF:

014-947.704-07

7 - Profissão:

MOTORISTA

8 - Endereço:

RUA ANA ESTER BATISTA RAMO

9 - Número:

70

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SÃO SEBASTIÃO

12 - Cidade:

CARPINA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55813-230

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

812991073896

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1783

3

CONTA: 0031026

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CARPINA 16-10-2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

0002/2019



13:55  
Data: 5/12/18 Registro: 165.505 Cor: \_\_\_\_\_ cns: \_\_\_\_\_  
Nome: João Nelson de Santana  
Data de nasc.: 30/12/78 Idade: 39 sexo: Masculino naturalidade: \_\_\_\_\_  
Filiação: Não declarado  
e  
Estado civil: - Telefone: -  
Endereço: Rua José Batista Gomes  
Nº 51N Bairro: Santa Cep: Carpina  
Responsável: \_\_\_\_\_  
Dados Clínicos: PA: \_\_\_\_\_ Mmbg, Temp. \_\_\_\_\_ Cº, R: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_

**HISTÓRICO:**

Hist. refer. ref. de forte dor abdominal pós cirurgia  
ortotomica há 04 dias.

**Conduta e Avaliação:**

660, alta em  
14h  
A270m

**Hipótese Diagnóstica:**

**CID:**

**Prescrição Médica:**

- ① Tigamul 100mg - 01 FA + 100ml 550,9g
- ② 1mg PA, 1mg T
- ③ Observação clínica

14:02hs  
Carimbo  
em 845900

**Evolução e cuidados de Enfermagem:**

Dr. Victor Arruda  
CRM 25.2492

**KOTE SEGUROS**  
**Erica Araújo**  
**18/12/19**

**Assinatura do médico e carimbo**





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## NOTA FISCAL \* FATURA \* CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902  
CNPJ 10.835.902/0001-08 | Insc. Est. 0005943-00 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

THAMIRIS MARIA MENEZES NASCIMENTO

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANA ESTER BATISTA RAMOS 70

CPF: 078.232.624-75 NIS: 10548377551

SAO SEBASTIAO CARPINA

## CLASSIFICAÇÃO

CARPINA PE

B1 RESIDENCIAL  
BARRAGEM COM NIS

55813-230

Nº DA NOTA FISCAL: 7031245880  
SÉRIE: 05/2019  
DATA DE EMISSÃO: 13/05/2019  
DATA DE VENCIMENTO: 04/06/2019  
Nº DO CLIENTE: 2018708647  
Nº DA REGISTRAÇÃO: 785436

VALOR TOTAL A PAGAR: 43,36

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,19046367	5,71
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,32564327	22,85
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	8,00000000	0,49911491	3,99
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,06
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,82
Multa por atraso NF 053002831 - 08/03/19			0,80
Juros por atraso NF 053002831 - 08/03/19			0,24
Atualização IOPM NF 053002831 - 08/03/19			0,34

## TOTAL DA FATURA

43,36

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
4080341	CAT	INDICADOR	17.628,00	08/03/19	17.632,00	72	1.0000				108,00

## HISTÓRICO DE CONSUMO

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

MÊS/ANO	ICMS	PIS	COFINS	VALOR DO IMPOSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	PERCENTUAL
MAI/19	108				Geração de Energia	14,71
ABR/19	90				Transmissão	1,38
MAR/19	108				Distribuição (Carga)	1,75
FEV/19	90				Perdas de Energia	0,27
JAN/19					Reserva Setorial	1,40
DEZ/18					Tributação	2,31
NOV/18					Total	21,82
OUT/18						
SET/18						
AGO/18						
JUL/18						
JUN/18						
MAY/18						

5718 CELPE 302C 084C 73C3 AF 15 025A

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de emissão da presente nota fiscal, não foram aplicadas as alterações em vigor em 2019. A partir de 2019, tendo em vista o reajuste de 5,30% para a Tarifa Social e 5,75% para a Tarifa Social, a Companhia Energética de Pernambuco, por meio de uma alteração no contrato de fornecimento de energia elétrica, passou a aplicar o reajuste de 5,30% para a Tarifa Social e 5,75% para a Tarifa Social, o que resulta no aumento do valor da tarifa social de 5,30% para 5,75% e do valor da tarifa social de 5,75% para 6,30%.

## ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

## EM ABERTO: DÉBITOS EXISTENTES CATEGORIA CORTE

PERÍODO	DATA	VALOR	PERÍODO	DATA	VALOR
11/2019	11/05/19	20,83	11/2019	11/05/19	20,83

Esta comunicação não substitui a emissão de uma notificação de corte de energia elétrica em caso de inadimplência. Caso o consumidor não tenha recebido a notificação de corte de energia elétrica, poderá solicitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica, conforme o Art. 66 da Lei nº 10.438/02. Podem ocorrer ações de cobrança, além das previstas no regulamento de distribuição de energia elétrica.

Na data de emissão da presente nota fiscal, não foram aplicadas as alterações em vigor em 2019. A partir de 2019, tendo em vista o reajuste de 5,30% para a Tarifa Social e 5,75% para a Tarifa Social, a Companhia Energética de Pernambuco, por meio de uma alteração no contrato de fornecimento de energia elétrica, passou a aplicar o reajuste de 5,30% para a Tarifa Social e 5,75% para a Tarifa Social, o que resulta no aumento do valor da tarifa social de 5,30% para 5,75% e do valor da tarifa social de 5,75% para 6,30%.

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

## NÍVEL DE TENSÃO

TIPO DE INTERRUPÇÃO	VALOR MÁXIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO DO TENSÃO
INTERRUPÇÃO	100	100	100	100	220	202 - 231

Limite (V): 12,22 - Valor de Referência de Uso do Sistema de Distribuição - RPS 12,22

CONTA CONTRATADA: 7031245880 SÉRIE: 05/2019 DATA DE VENCIMENTO: 13/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$): 43,36

838600000000-0 43360011007-0 03124588010-0 13932811593-4





Hospital Geral de Carpiná



Registro N.º 89500  
Atendimento: 482426  
Data 03/12/2018  
Hora 12:50  
Usuário: EMANUELLYFLS

### CLINICA GERAL

Nome: JOSE NILSON DE SANTANA  
Nascimento: 30/12/1978 02:0 Idade: 39a 11m 4d  
Mãe: NAO DECLARADO  
Pai: NAO DECLARADO  
Endereço: ANA ESTER BATISTA

Nº: 29 Bairro: SENZALA

CNS: 898003963308884  
Telefone: 8187360007

CEP: 55613210  
Cidade: CARPINA

UF: PE

QPD / HDA:

*Net sobre o caso, que o  
muito de dor, tem por  
quase de qual. No momento  
é o mesmo.*

EXAME FÍSICO:

*RES, LOTE ADA*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO:

*Dipirona 500mg  
Dipirona 500mg*

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

\*Destino do Paciente: ☒ Alta para casa ☐ Encaminhamento ao ambulatório ☐ Internamento  
☐ Transferência para outra unidade ☐ Óbito ☐ Outro:  
\*Condição de Sde do Paciente: ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado  
\*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo e CRM e CPF).  
☐ AUTORIZADO INFORMAÇÃO DO CID-10

Ref. Lúcia Macedo  
Médico  
CRM 05 2113  
Médico - Carimbo e Assinatura

KOTE SEGUKU-  
Erica Araujo  
18/12/19



## HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Data e hora retirada da senha: 03/12/2018 12:23

	Nome Paciente:	JOSE NILSON DE SANTANA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	38
	Senha:	P0052
	Convênio:	-
	Atendimento:	
SAME:		

Período: 03/12/2018 12:46 - 03/12/2018 12:47

LINDINALDO DIAS DA SILVA - COREN: 010782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NAO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA HA 24H  
CEFALEIA

Observação: NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: CEFALEIA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-4/10)?

Especialidade: CLINICA GERAL

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
18/10/19

Acolhido(a) por: LINDINALDO DIAS DA SILVA - COREN: 010782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/12/2018 12:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA:

Prontuário: 179617

CNS: 706508381165597

Idade: 39 Anos 11 Meses 4 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: JOSÉ NILSO DE SANTANA

Nascimento: 30/12/1978

Est.Civil: CASADO(A)

End.: RUA ANA ESTERBATISTA RAMOS

Nº: 70

Bairro: SENZALA

CEP: 55819111

Municip. CARPINA

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 765158

Mãe: MARIA DE LURDES

Pai:

Tel.: 9317178

Profissão: ENTRGADO

Responsável:

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

04/12/2018 22:44 127619 ORTOPEDIA

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Dor em região  
cervical e em  
rosto após  
acidente de  
rota.  
Nega alergia

TRATAMENTO:

① Cetoprofeno 0,1 amp  
② Dexano 0,5 amp  
③ Muscular p/ coxa  
④ Diclofenaco 0,1 amp

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVEDO:

ÓBITO:

às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_\_

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 04/12/2018 22:44:13

☐ CURATIVO

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA

☐ OBS. BÁSICA

☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

Nicholas Figliuolo

Médico

CRM/PE-25765

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: MARIA CRISTOVÃO DE FARIAS

KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
18/10/19



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE NILSON DE SANTANA	PRONTUÁRIO: 1658822	ATENDIMENTO: 01064503
DATA DE NASCIMENTO: 30/12/1978	FOI ATENDIDO EM: 07/12/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 17/12/2018 ÀS 07:30	

#### Diagnóstico Provável:

- TCE MODERADO
- HEDA TEMPORAL DIREITO / CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA
- PO DRENAGEM DE HEDA (07/12/18)

#### Tratamento Realizado:

PACIENTE, PREVIAMENTE HIGIDO, COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ UMA SEMANA, EVOLUINDO COM CEFALEIA INTENSA E PERSISTENTE. FEZ CT DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HEDA À DIREITA, FOI OPERADO DIA 07/12/18 SEM INTERCORRÊNCIAS.

- COMORBIDADES: NEGA
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA
- ALERGIAS: NEGA

#### #EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: BOM ESTADO GERAL; CONSCIENTE E ORIENTADO; EUPNEICO EM AR AMBIENTE; ACIANÓTICO; ANICTÉRICO; NORMOCORADO; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2T.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 15; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; MOTRICIDADE MANTIDA; SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES; MARCHA NÃO AVALIADA.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#### Observação:

RETIRAR PONTOS NO POSTO DE SAUDE EM 10 DIAS

#### Encaminhado para:

RETORNO AMBULATORIO NCR - TCE EM 30 DIAS

Dr. Alex Baldomar Guillen  
Neurocirurgia  
CRM - 2552 / 030  
CPF - 072.957.596-09

ALEX BALDOMAR GUILLEN - CRM: Nº.2552/030

Recife, 17, DEZEMBRO ,2018

#### ATENÇÃO:

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

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

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
18/12/18

Nome do Paciente :																									
Clínica	Leito	Idade	Registro																						
<input type="checkbox"/> 1ª Requisição <input type="checkbox"/> Prorrogação <input type="checkbox"/> Troca de Antimicrobiano																									
<input type="checkbox"/> Uso Terapêutico <input type="checkbox"/> Uso Profilático																									
<input type="checkbox"/> Infecção Comunitária <input type="checkbox"/> Infecção Hospitalar																									
Baseado em antibiograma		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																						
Função renal alterada		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																						
Função hepática alterada		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																						
Antimicrobianos em uso :		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO																						
Antimicrobiano 1 :			Nº de dias :																						
Antimicrobiano 2 :			Nº de dias :																						
Antimicrobiano 3 :			Nº de dias :																						
TIPO DE TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO																									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIA</td> <td><input type="checkbox"/> ENDOCARDITE</td> <td><input type="checkbox"/> SEPSE RELACIONA A CATÉTER</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> URINÁRIA</td> <td><input type="checkbox"/> PERICARDITE</td> <td><input type="checkbox"/> SEPSE DO FOCO INDEFINIDO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PELE / PARTES MOLES</td> <td><input type="checkbox"/> VIAS BILIARES</td> <td><input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - SUPERFICIAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FLEBITE</td> <td><input type="checkbox"/> PERITONITE</td> <td><input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - PROFUNDA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL</td> <td><input type="checkbox"/> OSTEOMIELITE</td> <td><input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - ÓRGÃOS / ESPAÇO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DVE</td> <td><input type="checkbox"/> PRÓTESE</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRA _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SISTEMA NERVOSO CENTRAL</td> <td><input type="checkbox"/> ARTICULAR</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRA _____</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> ENDOCARDITE	<input type="checkbox"/> SEPSE RELACIONA A CATÉTER	<input type="checkbox"/> URINÁRIA	<input type="checkbox"/> PERICARDITE	<input type="checkbox"/> SEPSE DO FOCO INDEFINIDO	<input type="checkbox"/> PELE / PARTES MOLES	<input type="checkbox"/> VIAS BILIARES	<input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> FLEBITE	<input type="checkbox"/> PERITONITE	<input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - PROFUNDA	<input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> OSTEOMIELITE	<input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - ÓRGÃOS / ESPAÇO	<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> PRÓTESE	<input type="checkbox"/> OUTRA _____	<input type="checkbox"/> SISTEMA NERVOSO CENTRAL	<input type="checkbox"/> ARTICULAR	<input type="checkbox"/> OUTRA _____
<input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> ENDOCARDITE	<input type="checkbox"/> SEPSE RELACIONA A CATÉTER																							
<input type="checkbox"/> URINÁRIA	<input type="checkbox"/> PERICARDITE	<input type="checkbox"/> SEPSE DO FOCO INDEFINIDO																							
<input type="checkbox"/> PELE / PARTES MOLES	<input type="checkbox"/> VIAS BILIARES	<input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - SUPERFICIAL																							
<input type="checkbox"/> FLEBITE	<input type="checkbox"/> PERITONITE	<input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - PROFUNDA																							
<input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> OSTEOMIELITE	<input type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO - ÓRGÃOS / ESPAÇO																							
<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> PRÓTESE	<input type="checkbox"/> OUTRA _____																							
<input type="checkbox"/> SISTEMA NERVOSO CENTRAL	<input type="checkbox"/> ARTICULAR	<input type="checkbox"/> OUTRA _____																							
Antimicrobiano Requisitado :	Via	Dose	Intervalo	Duração																					
Dados Clínicos :																									
KOTE SEGUROS Erica Araujo 30/10/19																									
Data : ____/____/____		CCIH - Autorização : <input type="checkbox"/> SIM Data : ____/____/____ <input type="checkbox"/> NÃO																							
Assinatura / Carimbo do Médico		Assinatura / Carimbo do Médico																							
Dispensado por :	Recebido por :	Data / /																							

COD. 0345

zido na Gráfica Hospitalar Alto Nível



50  
SVL

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA 2- VITROS 4600  
SEPAC

DOENTE: JOSE NILSON DE SANTANA  
ID: 1658822  
ENDEREÇO: 505/5  
MÉDICO:  
ID:  
ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:  
IDADE:  
QUARTO:  
ID DA AMOSTRA: 37  
COLHIDA EM: 9/12/2018 09:38:05  
COMENTÁRIOS:  
PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*  
FLUIDO: Soro  
DATA/HORA INÍCIO TESTE: 9/12/2018 09:32:07

HEMÓLISE (H): <15		ICTERUS (I): <2		TURBIDEZ (T): <20	
ENSAIO	RESULTADO	H	I	T	INTERVALOS
UREA	22.97 mg/dL (A)				15.00-43.00
CREATININA	0.82 mg/dL				0.50-1.30
ESFERA ALCALINA	27 mmol/L				22-30
GFATASE ALCALINA	67 U/L				38-126
AST - TGO	20 U/L				15-59
ALT - TGP	34 U/L				13-72
ALBUMINA	4.01 g/dL				3.50-5.00

Fim Relatório PÁG. 1 IMPRIMA DATA/HORA: 9/12/2018 09:38:05

Valores de Referência			
Sódio (Na <sup>+</sup> )	136	136-145	mmol/l
Potássio (K <sup>+</sup> )	3.9	3.5-5.1	mmol/l
Cloreto (Cl <sup>-</sup> )	103	97-111	mmol/l
Realizado no AVL 9180			

Mônica Ferreira  
CRBM 0608

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
30/10/19



Item.

## LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 32

Rack: 1 Tubo: 2 2018/12/09 08:32:33

ID DOENTE: 1658822

Serviço: 5 SUL

Nome: JOSE NILSON DE SANTA NA 505/5

Data Nasc.:

Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

WBC	16.04	+	[10 <sup>3</sup> /uL]
RBC	4.47		[10 <sup>6</sup> /uL]
HGB	13.5		[g/dL]
HCT	39.7		[%]
MCV	88.8		[fL]
MCH	30.2		[pg]
MCHC	34.0		[g/dL]
PLT	283		[10 <sup>3</sup> /uL]
RDW-SD	41.7		[fL]
RDW-CV	13.0		[%]
MPV	9.6		[fL]
NEUT	12.95	+	[10 <sup>3</sup> /uL]
LYMPH	1.65		[10 <sup>3</sup> /uL]
MONO	1.21	+	[10 <sup>3</sup> /uL]
EO	0.22		[10 <sup>3</sup> /uL]
BASO	0.01		[10 <sup>3</sup> /uL]
IG	0.09		[10 <sup>3</sup> /uL]
		0.6	[%]

## DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO	02	%
SEGMENT	80	%
EOSIN	01	%
LINF	10	%
LINF ATIP		%
MONO	07	%
BASO		%

META	%
MIELO	%
PROMIELO	%
BLASTO	%
GRAN TOXICAS	+

WBC Mensagem IP

Neutrofilia  
Monocitose

## SERIE VERMELHA

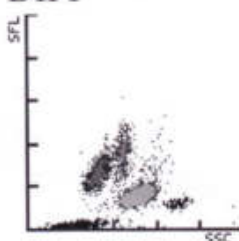
NORMOCITICA	+
NORMOCROMICA	+
MICROCITOS	
MACROCITOS	
ANISOCITOSE	
ERITROBLASTO	

## OBSERVACOES:

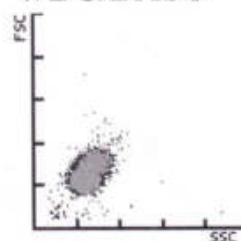
RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

## DIFF



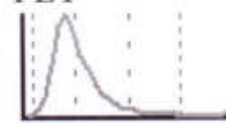
## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF

RBC-BF

MN

PMN

TC-BF#

[10<sup>3</sup>/uL][10<sup>6</sup>/uL][10<sup>3</sup>/uL][10<sup>3</sup>/uL][10<sup>3</sup>/uL]

[%]

[%]

IP-16 Sessão Placota Fome  
Farmácia Biquilina  
CPF 01847

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
18/10/19

USH-30 mm na 1ª hora



# Relatório Resultados Amostra

12/09/2018 09:58:09

Serial Number 15071996  
SEPAC  
Instrument Model ACL TOP 300 CTS  
HOSPITAL DA RESTAURACAO

ID amostra:	1658822-32	Primeiro nome	JOSE NILSON SANTANA	ID Rack:	60
Tipo amostra	Paciente	Apelido	5 SUL L-5	ID Posição	2

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	13.4 s 79 % 1.19 INR					12/09/2018 09:58:09	Validado

João de Franco C. da Silva  
Biotécnica  
CRM 7768

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
Jeferson

Page 1 of 1





7.12.18



