



Número: **0089445-31.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AGUINALDO JOSE TORRES (AUTOR)		PEDRO AUGUSTO DE OLIVEIRA VIEIRA DE SOUZA (ADVOGADO) BRUNO JOSE SOARES BARBOSA (ADVOGADO) MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57283 191	03/02/2020 08:38	2689182_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00894453120198172001

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."

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 **AGUINALDO JOSE TORRES**, 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 **18/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/08/2019**.

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.

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.

Ademais, cumpre salientar a ausência de nexo causal entre o acidente e a invalidez permanente alegada haja vista que no boletim de ocorrência a parte autora informa que o sinistro ocorreu no dia 18/06/2019 e no boletim médico no dia 15/06/2019.

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



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

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES ENTRE O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E O BOLETIM MÉDICO

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA E O BOLETIM MÉDICO.

Conforme observado no boletim de ocorrência, a parte autora informa que o sinistro ocorreu no dia 18/06/2019, todavia, no boletim medico, consta que atendimento ocorreu no dia 18/06/2019, havendo o sinistro ocorrido há três dias:

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 19E0102002692

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/08/2019 às 13:19

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/6/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)

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



		SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA			
SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA					
Nome: AGUINALDO JOSE TORRES		Prontuário: 1652529		☒ ALTA	
Idade: 62 Anos 9 Meses 10 Dias		Sexo: Masculino		☐ ÓBITO	
Proc.:		Admissão no HR: 18/06/2019		☐ TRANSFERÊNCIA	
Adm. Clínica:		Alta: 30/06/19		☐ Outros:	
Enfermaria /Leito: 719-L3					
MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA PACIENTE VÍTIMA DE ATROFELAMENTO POR OSTRUIS HÁ 3 DIAS DIAGNOSTICADO COM HEMOPNEUMOTORAX E SUBMETIDO A DTFE DIA 27/06/2019. RETIRA DTFE DIA 29/06/2019 SEM INTERCOMERCIAIS. NO MOMENTO ESTÁVEL. QUEIXA-SE DE DOR LOMBAR JÁ ACOMPANHADA PELA NEUROCIRURGIA. RECEBE ALTA DA CIRURGIA GERAL EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS. SEM QUEIXAS.					
EXAMES COMPLEMENTARES 25/06/2019 HMG - HB 10,5 / HT 30,2 / LEUCO 10020 / PLAQUETAS 179.000 25/06/2019 - GLIC 277,1 / UREIA 53,57 / RA 24 / AST 18 / ALT 23 TC DE ABDOME TOTAL COM CONTRASTE TC DE COLUMA					
EXAMES FÍSICO NA ALTA EG REGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO ACV- RCR EM 2T BNF 55 AR- MV 4 EM AMT SRA ABD- SEMIGLOBOSO, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA. RH: + EXT- SEM EDEMAS, PULSOS CHEIOS E SÍMETRICOS					
DIAGNÓSTICO 1- POLITRAUMA					

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência e ao Hospital da Restauração Gov. Paulo Guerra, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DO LAUDO PARTICULAR PRODUZIDO PELA PARTE AUTORA

IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PARTICULAR EMITIDO

Como se pode observar o laudo pericial acostado aos autos pela parte autora foi emitido por **MÉDICO PARTICULAR**.

Contudo, conforme o Decreto-Lei nº 938 de 1969, não cabe ao profissional particular emitir laudo pericial, principalmente se tratando da existência de lesão de caráter permanente, as quais exigem conhecimentos específicos de profissionais da área médica, devendo o mesmo ser emitido **por médico do IML**.

Dessa forma, o "relatório/atestado/laudo" assinado por profissional particular, não se mostra apto, para fins de seguro DPVAT, a comprovar a incapacidade da parte demandante, pois que documento, além de unilateral, não subscrito por profissional legalmente habilitado para esse fim.

Assim, a ré, **impugna o laudo juntado nos autos**, eis que não realizado por profissional legalmente habilitado, o que prejudica o cálculo de eventual pagamento da indenização, porventura, devido à parte autora, nos termos do art. 5º, § 5º da lei 6.194/74 com redação vigente ao tempo do sinistro em tela



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, CPC¹.

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.

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

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)



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 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 geral².

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 vítima³.

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:

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 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.

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.”



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.

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 citação⁴.

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 ação⁵

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

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).

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 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, 27 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



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 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/CE 27.954-A, **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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **AGUINALDO JOSE TORRES**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00894453120198172001.

Rio de Janeiro, 27 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





Número: **0089445-31.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
AGUINALDO JOSE TORRES (AUTOR)			PEDRO AUGUSTO DE OLIVEIRA VIEIRA DE SOUZA (ADVOGADO) BRUNO JOSE SOARES BARBOSA (ADVOGADO) MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57283 192	03/02/2020 08:38	ANEXO 1	Outros (Documento)



BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.053447

AGUINALDO JOSE TORRES
AGENCIA 1163 CONTA 0009523-0

15:20 HRS
25/NOV/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 18,92-
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) 18,92-

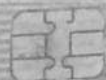
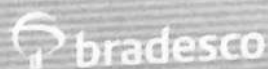
TOTAL DE RECURSOS 18,92-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)
-----OUTUBRO/2019-----

IA	HISTORICO	N DOCTO	VALOR
	SALDO ANTERIOR		0,49
8	TAR EXTRATO	0241019	0,49-
	VR.PARCIAL EXTRATomes(E)		
	S A L D O		0,00

-----NOVEMBRO/2019-----

4	CREDITO DO INSS	0041163	998,00
	SAQUE C/C BDN	2625813	300,00-
	Ag06312maq052625seq0181304110734		
	SAQUE C/C BDN	4425596	20,00-
	AG06312MA0084425SE00359602110756		
	PAGO COBRANCA	0000008	28,00-
	BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA		
	TAR EXTRATO	0241019	2,46-
	EXTRATomes(E)		
	VISA ELECTRON	0030030	21,05-
	COM ALIM ESPERANCA		
	VISA ELECTRON	0048525	20,00-
	BERRA BDI 2		
	VISA ELECTRON	0500005	19,00-
	DROGARIA LESSA		
	ELECTRON	0778686	20,30-
	BRIS FRIOS		
			20,00-



4096 0116 3009 5234

08/24 1163 0 0009523 0 03 00

VALOR TITULO AGENCIA CONTA SAQUE DIA DIA TITULO

AGUINALDO JOSE TORRES

VISA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659055 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES **Data do acidente:** 18/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P4.
TRAUMA EM TÓRAX A ESQUERDA. P2.

Resultados terapêuticos: DRENAGEM DE TÓRAX. P2.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417117/19

Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES

CPF: 397.445.074-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/06/2019

Titular do CPF: AGUINALDO JOSE TORRES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ATENÇÃO

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

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

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417117/19

Número do Sinistro: 3190659055

Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES

CPF: 397.445.074-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/06/2019

Titular do CPF: AGUINALDO JOSE TORRES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

AGUINALDO JOSE TORRES : 397.445.074-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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





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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659055

Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES

Data do Acidente: 18/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AGUINALDO JOSE TORRES

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 15162152

Pag. 01715/01716 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190659055

Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES

Data do Acidente: 18/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), AGUINALDO JOSE TORRES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 12/07/2019, emitida pelo Dr. LUIZ SEVERO, CRM nº 24210 - PE, da Instituição HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00571/00572 - carta_31 - INVALIDEZ

00020286



Carta nº 15203935



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190659055 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES **Data do acidente:** 18/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P4.
TRAUMA EM TÓRAX A ESQUERDA. P2.

Resultados terapêuticos: DRENAGEM DE DE TÓRAX. P2.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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





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:

397.445.074-20

4 - Nome completo da vítima:

Aguinaldo José Torres

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

5 - Nome completo:

Aguinaldo José Torres

6 - CPF:

397.445.074-20

7 - Profissão:

Aposentado

8 - Endereço:

Rua Dona Ana Aurora

9 - Número:

14

10 - Complemento:

A

11 - Bairro:

Estancia

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50781-500

15 - E-mail:

mavison27@gmail.com

16 - Tel (DDD):

8198430-2377

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:

☐ RECLUSO INFORMAR

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1163

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 0009523

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 18 de novembro de 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

5.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0102002692**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às
13:19

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **18/8/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1 - Bairro AFOGADOS -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)
EMPRESA PROGRESSO (OUTRO)
AGUINALDO JOSE TORRES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**AGUINALDO JOSÉ TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
IZABEL DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 29/9/1958 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR FERNANDO SIMOES BARBOSA, 54 - CEP:
55096-996 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**EMPRESA PROGRESSO (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): **EMPRESA PROGRESSO**, que estava
em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

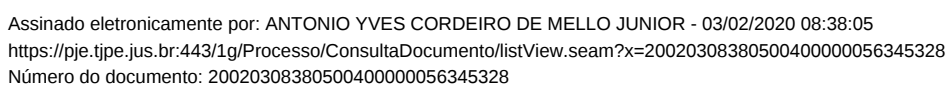
13/08/2019 13:05



INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS, FOI ATROPELADO POR UM ONIBUS DA EMPRESA PROGRESSO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL.

B.O. Registrado por: **CLAUDENIO CAVALHO DE PONTES** - Matrícula: 151286-2

13/08/2019 13:08





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0102002692**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às
13:19

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 18/6/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1 - Bairro: AFOGADOS -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
EMPRESA PROGRESSO (OUTRO)
AGUINALDO JOSE TORRES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

AGUINALDO JOSÉ TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
IZABEL DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 20/5/1956 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR FERNANDO SIMÕES BARBOSA, 54 - CEP:**
55006-006 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): EMPRESA PROGRESSO, que estava
em posse do(s) Sr(s): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

13/08/2019 13:05



Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS, FOI ATROPELADO POR UM ONIBUS DA EMPRESA PROGRESSO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL.

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

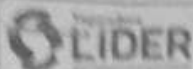


AGUINALDO JOSÉ TORRES
(VITIMA)

B.O. registrado por:  CLAUDÊNIO CALIXTO DE PONTES - Matrícula: 151296-2

13/08/2019 13:08





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☒ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº da vítima (o/NI):

3 - CPF da vítima:

397.445.074-20

4 - Nome completo da vítima:

Aguiar José Torres

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CONSIDERAR NÚMERO DE 14 ALGARISMOS

5 - Nome completo:

Aguiar José Torres

6 - CPF:

397.445.074-20

7 - Profissão:

Aposentado

8 - Endereço:

Rua Dona Ana Aurora

9 - Número:

14

10 - Complemento:

A

11 - Bairro:

Estância

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50781-500

15 - E-mail:

maiverson27@gmail.com

16 - Tel (DDD):

8199430-2377

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☐ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote a soma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

00000000

CONTA:

00000000

AGÊNCIA:

1163

CONTA:

0009523

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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 (vai nascer)?

☐ 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 18 de novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019





Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE
CEP: 50.050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08

Nome do Cliente: AGUINALDO JOSE TORRES
Endereço da Unidade: RUA DONA ANA AURORA, 14 Sup.: A TE
ESTANCIA - RECIFE

Data: 13.09.2019

Prezado(a) Cliente:

Informamos o **DESLIGAMENTO DEFINITIVO ADMINISTRATIVO** referente ao contrato de fornecimento nº 8265132

Para solicitar a reativação do fornecimento de Energia Elétrica, regularize seu débito e acesse a sua Agência Virtual (www.celpe.com.br) ou, se preferir, procure uma das Agências de Atendimento da CELPE ou Postos Credenciados CELPE Serviços.

Cordialmente,

Companhia Energética de Pernambuco

Scanned with CamScanner





Paciente : AGUINALDO JOSE TORRES
Registro : 01020231
Atendimento: 3994243

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EM 18/06/19, COM FRATURA DE CZO É BLOW OUT À ESQUERDA SE QUEIXA DE BAIXA DA ACUIDADE VISUAL EM OLHO ESQUERDO E REFERE DESCOLAMENTO DE RETINA PREVIO. NEGA DOENÇAS OCULARES E CIRURGIAS PREVIAS.

FUNDOSCOPIA: DISCO OPTICO CORADO, ESCAVAÇÃO PAPILAR PARECE FISIOLÓGICA, VASOS E MACULA SEM ALTERAÇÕES E RETINA PARECE APLICADA.

HD: BAIXA DE ACUIDADE VISUAL OLHO ESQUERDO A ESCLARECER

DEVIDO À DIFICULDADE DE AVALIAR AVL DO PACIENTE, ORIENTO RETORNO QUANDO MELHORADO PARA REALIZAR EXAME OFTALMOLOGICO MAIS COMPLETO.

Recife, 22/06/2019


Prestador: CAIO PADUA CARVALHO
CRM-28049

Soledade, 170, Boa Vista, 50.070-040 - Recife - Fone: (81) 3302.4300
Central de marcação de consulta: 81 3081.3030
sua doação. Telefone: (81) 3221.3008 - Internet: www.ricofav.com





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Nome: AGUINALDO JOSE TORRES		Prontuário: 1682529	☒ ALTA ☐ ÓBITO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ Outros:
Idade: 62 Anos 9 Meses 10 Dias	Sexo: Masculino		
Proc.:	Admissão no HR: 18/06/2019		
Adm. Clínica:	Alta: 30/06/19		
Enfermaria /Leito: 719-L3			

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR ONIBUS HÁ 3 DIAS DIAGNOSTICADO COM HEMOPNEUMOTORAX E SUBMETIDO A DTFE DIA 27/06/2019. RETIRA DTFE DIA 29/06/2019 SEM INTERCORRENCIAS. NO MOMENTO ESTÁVEL. QUEIXA-SE DE DOR LOMBAR JÁ ACOMPANHADA PELA NEUROCIRURGIA. RECEBE ALTA DA CIRURGIA GERAL EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS, SEM QUEIXAS.

EXAMES COMPLEMENTARES

25/06/2019 HMG - HB 10,5 / HT 30,2 / LEUCO 10020 / PLAQUETAS 179.000
25/06/2019 - GLIC 277,1 / UREIA 53,57 / RA 24 / AST 18 / ALT 25
TC DE ABDOME TOTAL COM CONTRASTE
TC DE COLUMA

EXAMES FÍSICO NA ALTA

EG REGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO
ACV- RCR EM 2T BNF SS
AR- MV + EM AHT SRA
ABD- SEMIGLOBOSO, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, RH. +
EXT- SEM EDEMAS, PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS

DIAGNÓSTICO

- 1- POLITRAUMA
- 2- HEMOPNEUMOTÓRAX À ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO

1 DTFE 27/06/2019

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

- 1- AGUARDAR ALTA DA NEUROCIRURGIA.
- 2- RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR. JOÃO PAULO DIA 11/07/19 AS 10H

MÉDICOS ASSISTENTES:

STAFF: DR. JOÃO PAULO RIBEIRO
R2: DRA LAURA ANTUNES
R1: DRA. ODARA MOLLGAARD

Data: 30/06/2019

LUCAS CASE FERRAZ - CRM: Nº. 27678

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

Scanned by CamScanner



18:25h,

PACIENTE: Aguiar, José Tunes

IDADE: 624

EXAME:

DATA DO EXAME: 28/06/19

REGISTRO: 1682529

719/03

7º NCG

UPD: tranquila

LAUDO RADIOLOGICO

Vs Bolsa escrotal com Doppler.

contusa por
atropelamento
+ Hérnia in-
guinal à dir
+ hematoma
de bolsa es-
crotal.

O estudo ecográfico da região ingui-
no escrotal direita mostra passagem
de alça não redutível para a bolsa escrotal
direita com presença de fluxo nas alças
ao color Doppler. Notando-se orifício in-
guinal em torno de 1,4 cm.

Observamos testículo direito rechaçado para
baixo na BEE pela volumosa imagem
húmnica a cima descrita com padrão hete-
rogêneo discreto e contorno irregular com
sinais de hiperfluxo e grande quantidade
de líquido na BEE com finas ecos posteriores.
Testículo esquerdo típico, homogêneo
com padrão de fluxo habitual ao color Doppler.

EE anatómico e E aumentado de volume.

Dr(a): T.D. med 4,0 x 2,1 x 2,4 cm, vol 13,4 cm³

TE med 4,2 x 2,4 x 2,8 cm, vol 15,3 cm³ com
pequena quantidade de líquido na BEE.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE

TD: aspecto ecográfico sugere Hérnia ingui-
nal direita não redutível com sinais de fluxo
+ Orquiepididimite direita? + Hidrocele heteroge-
nea à direita + Pequena hidrocele à esquerda.

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: AGUINALDO JOSE TORRES	PRONTUÁRIO: 1682529	ATENDIMENTO: 01443822
DATA DE NASCIMENTO: 20/09/1956	FOI ATENDIDO EM: 18/06/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 12/07/2019 ÀS 12:48	

Diagnóstico Provável:

- TRM TORACO LOMBAR FRANKEL E - FRATURA TORACO-LOMBAR TIPO A1 (T12)
- TRAUMATISMO CRANIANO LEVE - CONTUSÃO CEREBRAL
- POLINEUROPATIA A/E
- COMORBIDADES: HAS + DM + B24 + HEPATITE B

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CONSERVADOR

Observação:

PACIENTE REALIZOU RNM DE COLUNA CERVICAL POR QUEIXA DE PARESTESIAS EM LUVAS BILATERALMENTE. RNM COM ABALULAMENTO DISCAIS CERVICAIS, POREM PACIENTE SEM SINAIS CLINICOS DE MIELOPATIA CERVICAL. HOFFMAN AUSENTE. REFLEXOS VIVOS NAÓ PATOLÓGICOS. SEM SINAIS PIRAMIDAIIS- DISCUTIDO CASO EM VISITA DA COLUNA E OPTADO POR INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DA POLINEUROATIA SENSITIVA

REPOUSO POR 90 DIAS- CID 10 S063

Encaminhado para:

1. MARCAR CONSULTA AMBULATORIO DE NEUROLOGIA PARA INVESTIGAÇÃO DE POLINEUROPATIA
2. RETORNO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA - TCE
3. FISIOTERPIA

Dr. Luiz Severo
Neurocirurgia
CREMPE 24210

LUIZ SEVERO BEM JUNIOR - CRM: Nº 24210

Recife, 12, JULHO, 2019

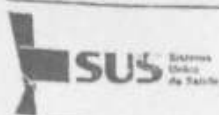
ATENÇÃO:

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

Scanned by CamScanner





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Guinaldo Jose Torres

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1692529

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Crânio

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

HSDA Laminar

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23.06.19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421

Scanned by CamScanner

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

DOENTE: AGUINALDO JOSE

MÉDICO:

ID: 1682529

ID:

ENDEREÇO: 719/3

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

COMENTÁRIOS:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 94

PRIORIDADE: **ROTINA**

COLHIDA EM: 29/6/2019 13:18:27

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 29/6/2019 13:11:28

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO		RESULTADO	H I T	INTERVALOS
GLICOSE	HI	289.6	mg/dL	70.0-99.0
UREA		34.49	mg/dL(A)	15.60-43.00
CREATININA	LO	0.44	mg/dL	0.50-1.30
RESERVA ALCALINA		23	mmol/L	22-30
BILIRRUBINA TOTAL		0.68	mg/dL	0.20-1.30
BILI INDIRETA		0.12	mg/dL	0.00-1.10
BILI CONJUGADA		0.0	mg/dL	0.0-0.3
BILI DIRETA	HI	0.56	mg/dL	0.00-0.50
GOT	HI	162	U/L	12-73
FOSFATASE ALCALINA		93	U/L	38-126
AST - TGO		21	U/L	15-59
ALBUMINA	LO	2.58	g/dL	3.50-5.00
AMILASE		40	U/L	30-110
LIPASE		146	U/L	23-100
ALT		25	U/L	0-50

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 29/6/2019 13:18:27

Valores de Referência

Sódio (Na)	132	136-145 mmol/L
Potássio (K)	4.1	3.5-5.1 mmol/L
Cloro (Cl)	103	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

[Assinatura]

Roberta M. Cardoso
CRBM - 0302



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

DOENTE: AGUINALDO JOSE TOR

MÉDICO:

RES

ID: 1682529

ID:

ENDEREÇO: 719/3

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

COMENTÁRIOS:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 123

PRIORIDADE: **ROTINA**

COLHIDA EM: 28/6/2019 16:23:40

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 28/6/2019 16:18:20

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
CREATININA	LO 0.46 mg/dL		0.50-1.30

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HOPA: 28/6/2019 16:23:40

Valores de Referência

Sódio (Na)	—	136-145 mmol/L
Potássio (K)	—	3,5-5,1 mmol/L
Cloro (Cl)	—	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

Leucio



Item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO—SEPAC

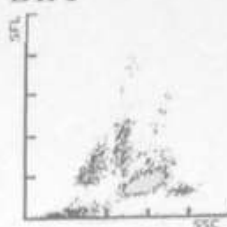
Amostra No.: 74
ID DOENTE: 1442638
Nome: AGUINALDO JOSE

Rack: 2 Tubo: 5 25/06/2019 10:16:06
Serviço: *Vermelha UT*
Data Nasc.: Sexo:
ID Analisador: XT-4000i-1

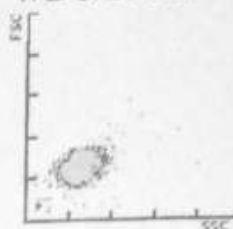
HEMOGRAMA

WBC	10.02	[10 ³ /uL]	
RBC	3.27	[10 ⁶ /uL]	
HGB	10.5	[g/dL]	
HCT	30.2	[%]	
MCV	92.4	[fL]	
MCH	32.1	[pg]	
MCHC	34.8	[g/dL]	
PLT	179	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	45.2	[fL]	
RDW-CV	14.6	[%]	
MPV	9.4	[fL]	
NEUT	7.98 +	[10 ³ /uL]	79.6 + [%]
LYMPH	1.07	[10 ³ /uL]	10.7 - [%]
MONO	0.80 +	[10 ³ /uL]	8.0 [%]
EO	0.16	[10 ³ /uL]	1.6 [%]
BASO	0.01	[10 ³ /uL]	0.1 [%]

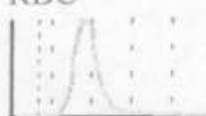
DIFF



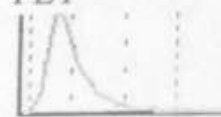
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG 0.11 [10³/uL] K4 [%]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.03.....%
SEGMENT.76.....%
EOSIN.08.....%
LINF.15.....%
LINF ATIP. -.....%
MONO.08.....%
BASO. -.....%

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA.....
NORMOCROMICA.....
MICROCITOS.....
MACROCITOS.....
ANISOCITOSE.....
ERITROBLASTO.....

WBC-BF [10³/uL]
RBC-BF [10⁶/uL]
MN [10³/uL]
PMN [10³/uL]
TC-BF# [10³/uL] [%]

OBSERVACOES: *neutrofilia*

META.....%
MIELO.....%
PROMIELO.....%
BLASTO.....%
GRAN TOXICAS.....*

WBC Mensagem IP

Linfopenia
Presença IG

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Isabelle Farias
Biomédica
CRBM 08269

Scanned by CamScanner

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

DOENTE: AGUINALDO JOSE TOR MEDICO:
RES
ID: 1682529 ID:
ENDEREÇO: 719/3 ENDEREÇO:



DATA DE NASCIMENTO: COMENTÁRIOS:
IDADE: SEXO:
QUARTO:
ID DA AMOSTRA: 123 PRIORIDADE: **ROTINA**
COLHIDA EM: 28/6/2019 13:35:41 FLUIDO: Soro
DATA/HORA INÍCIO TESTE: 28/6/2019 13:29:47

HEMÓLISE (H): <15	ICTERUS (I): <2	TURBIDEZ (T): <20	
ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
UREA	HI 50.78 mg/dL(A)		15.00-43.00
CREATININA	S/ RESULT.		
RESERVA ALCALINA	22 mmol/L		22-30
Fim Relatório	PÁG. 1	IMPRIMA DATA/HORA: 28/6/2019 13:35:41	

Valores de Referência

Sódio (Na)	134	136-145 mmol/L
Potássio (K)	4.2	3.5-5.1 mmol/L
Cloro (Cl)	104	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

LUCIANA SOARES
CRBM -

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



Relatório Resultados Amostra

06/25/2019 11:52:41

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

ID amostra:	1442638-74	Primeiro nome	AGUINALDO JOSE	ID Rack:	57
Tipo amostra	Paciente	Apellido	VERMELHA UT	ID Posição	4

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessário	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	12.4 s					06/25/2019 11:52:41	Validado
	85 %						
	1.10 INR						

RL
MF

Isabelle Farias
Biomedica
CRBM 08269

Page 1 of 1

Scanned by CamScanner



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

DOENTE: AGNALDO JOSE TORRES

MÉDICO:

ID: 1682529

ID:

ENDEREÇO: UT / VERM

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COMENTÁRIOS:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 155

PRIORIDADE: **ROTINA**

COLHIDA EM: 19/6/2019 12:31:59

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 19/6/2019 12:26:06

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
UREA	HI 47.84 mg/dL (A)		15.00-43.00
CREATININA	0.79 mg/dL		0.50-1.30
RESERVA ALCALINA	24 mmol/L		22-30

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 19/6/2019 12:31:59

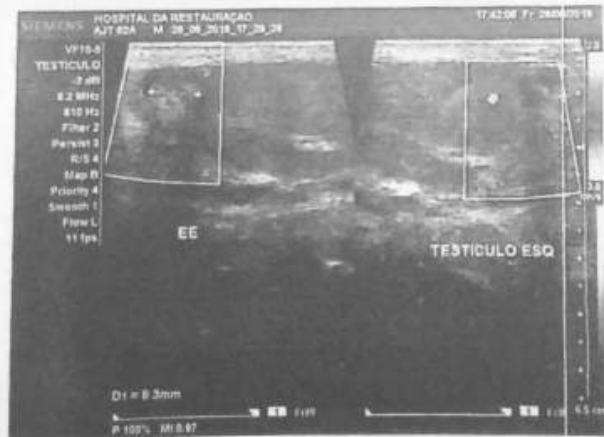
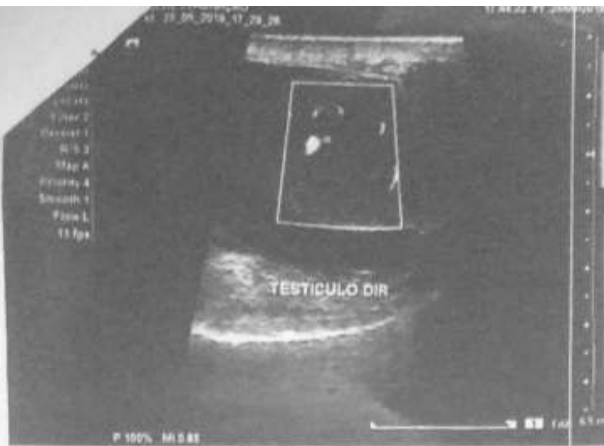
Valores de Referência

Sódio (Na)	134	136-145 mmol/L
Potássio (K)	4.5	3.5-5.1 mmol/L
Cloro (Cl)	99	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

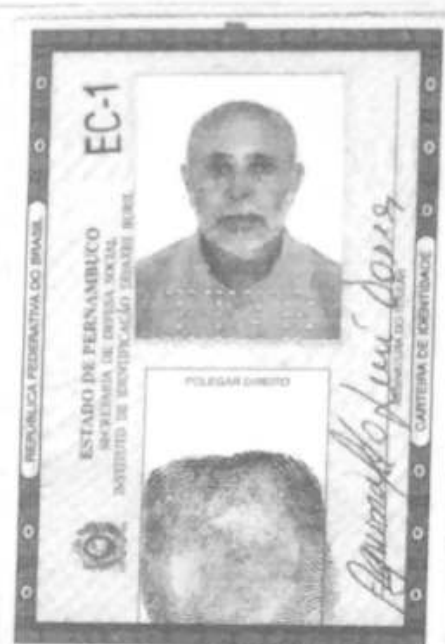

MÔNICA FERREIRA
CRBM/0608

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CERAL 1.922.531 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/12/2018

NOME << AGUINALDO JOSÉ TORRES >>

FILIAÇÃO << JOSÉ TORRES DA SILVA >>
<< MARIA IZABEL DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE LAGOA DOS GATOS - PE DATA DE NASCIMENTO 20/09/1956

DOC. ORIGEM << 073874 01 55 1970 1 00028 053 >>

CNPJ 0010995 XX LAGOA DOS GATOS PE >>

CNP 397 145.074-20

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

ASSINATURA DO DIRETOR

Instituto Brasileiro de Leitura



