



Número: **0006540-32.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GILVAN BEZERRA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59158732	12/03/2020 13:40	2702381_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00065403220208172001

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 GILVAN BEZERRA**, 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 **27/08/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/12/2018**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“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)



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **27/08/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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 ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **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.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸.

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.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor." (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



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, ante a ausência de laudo pericial 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, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e 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:

- 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, 5 de março 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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

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

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



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/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 GILVAN BEZERRA**, em curso perante a **10ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00065403220208172001.

Rio de Janeiro, 5 de março 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: **0006540-32.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GILVAN BEZERRA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59157430	12/03/2020 13:40	ANEXO 1	Outros (Documento)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COB. RENAVAM: RNTD: EXERCÍCIO: 2019
1. 990369722 ***** PE

JOSE MARIANO DA SILVA
NOME: JOSE MARIANO DA SILVA

RECIFE-PE
CPF/CNPJ: 600.469.294-87 PLACA: RHP0927

PLACA ANT.: UF: CHASSI: 9CDNF411JBM247163

PAS / MOTOCICLETA
ESPECIE TIPO: COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: ANO FAB: AND.MOS: 2004 2004 2004
CAP/POT/CIL: 200 125 200 125 200 125

2P/125CL
LATEGORIA: PARTICIP: PRATA

IPVA 2019 QUITADO
VENC./COTAS: 1º *****
P 1 FAIXA: PVA: 1 *****
V 2 *****
A 3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IUF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 15/02/19

AL. FID. BANCO ITAUCARD SA

RECIFE
Rosa Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA: 17/02/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802438261 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE MARIANO DA SILVA
AVENIDA DA RECUPERAÇÃO 808 52091-010
GUABIRUBA RECIFE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 **DATA EMISSÃO:** 17/02/19

VA: 1 **RENAM:** 600.469.294-87 **PLACA:** RHP0927

990369722 **JTA/STUOKI EN125 YES**

2008 **09** **9CDNF411JBM247163**

PREMIO TARIFARIO

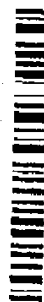
TNS (R\$) **RENATRA (R\$)** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**
36.05 4.01 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) **IUF (R\$)** **PREMIO TOTAL (R\$)**
4.15 0.32 84.58

COTA UNICA **PAGAMENTO** **DATA DE QUITAÇÃO**
☒ **15/02/19**

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-44

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELES NAO E DE PORTE OBRIGATORIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722950

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do acidente: 27/08/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Hematoma de perna esquerda, neuropraxia de nervo fibular esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta limitação na flexão dorsal do tornozelo (cerca de 5 graus). Realiza flexão plantar a 45 graus. Apresenta claudicação da marcha, deficit de força grave do tornozelo, com hipotrofia do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a drenagem de hematoma e fisioterapia. Evolução com comprometimento funcional por lesão do fibular. Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2020

Conduta mantida:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consortios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471323/19

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do acidente: 27/08/2018

CPF: 034.488.444-97

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GILVAN BEZERRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Dedaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

JOSE GILVAN BEZERRA : 034.488.444-97

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/12/2019

Nome: JOSE GILVAN BEZERRA

CPF: 034.488.444-97

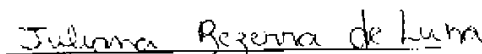

JOSE GILVAN BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69


JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722950

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do acidente: 27/08/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Hematoma de perna esquerda, neuropraxia de nervo fibular esquerdo

Descrição do exame físico: Ao exame apresenta limitação na flexão dorsal do tornozelo (cerca de 5 graus). Realiza flexão plantar a 45 graus. Apresenta claudicação da marcha, deficit de força grave do tornozelo, com hipotrofia do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a drenagem de hematoma e fisioterapia. Evolução com comprometimento funcional por lesão do fibular. Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722950

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do acidente: 27/08/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO(P.7)
NEUROPRAXIA DO NERVO FIBULAR? (P.13)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- LIMPEZA- SUTURA (P.7)

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190722950

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do acidente: 27/08/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO(P.7)
NEUROPRAXIA DO NERVO FIBULAR? (P.13)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- LIMPEZA- SUTURA (P.7)

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190722950**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE GILVAN BEZERRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

1 TRAVESSA JOAO SALES DE MENEZES, 5 - Recife - PE - CEP 50670-391

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **5063969**

Data e local do acidente: [**27/08/2018**] **Recife, PE**

Data e local do exame: [**21/01/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Hematoma de perna esquerda, neuropraxia de nervo fibular esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame apresenta limitação na flexão dorsal do tornozelo (cerca de 5 graus). Realiza flexão plantar a 45 graus. Apresenta claudicação da marcha, déficit de força grave do tornozelo, com hipotrofia do membro inferior esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a drenagem de hematoma e fisioterapia. Evolução com comprometimento funcional por lesão do fibular. Alta há cerca de 3 meses.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

**VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.**

Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190722950

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GILVAN BEZERRA

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 15309741





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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190722950

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE GILVAN BEZERRA

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. 01921/01922 - carta_02 - INVALIDEZ

00060961



Carta nº 15340993





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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190722950

Vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GILVAN BEZERRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE GILVAN BEZERRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 00000190744-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01665/01666 - carta_30 - INVALIDEZ

00020833





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: 034.488.444-97 4 - Nome completo da vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

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 GILVAN BEZERRA 6 - CPF: 034.488.444-97
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: TV S. DE MENEZES 9 - Número: 05 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: PUTINGUA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.670-391
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 9 3790-9451

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 ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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: _____

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 190744 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a registrar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/franquia do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando a prazo, desde que 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 laudo do Instituto Médico do Seguro (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.

Se não o apresentar, 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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 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 discordando do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) nascido(s)? ☐ 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 não pagará, caso decaia a indenização do Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, exceto se eu, antes, de qualquer omissão ou declaração não verdadeira, não puderá gerar a cobertura de ressarcimento do valor recebido, além da impossibilidade de minha por infração do artigo 499 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE 27 de dezembro 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

FPS.001 V002/2019





Diário: 56 9580
ASL 04713 23/19
Diário: 56 9581
ASL 04713 2/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096007839**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2019** às **08:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/8/2018** às **14:25**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CAXANGA, 01** - Bairro: **CORDEIRO** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PARQUE DE EXPOSIÇÕES DO CORDEIRO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE MARIANO DA SILVA (OUTRO)
JOSE GILVAN BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE GILVAN BEZERRA

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

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

JOSE GILVAN BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA FRANCA BEZERRA Pa. JOAO TAVARES BEZERRA** Data de Nascimento: **15/4/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **1 TV JOAO SALES MENEZES - Nº 5 - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE MARIANO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MARIANO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSE GILVAN BEZERRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SUZUKI/YES** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHP0927** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2008/NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

A VÍTIMA TRANSITAVA NO DIA/LOCAL/HORA INDICADOS, QUANDO NA CONDUÇÃO DO VEICULO SUPRA CITADO, SOCORRIDO PELO SAMU E SOCORRIDO PARA UPA DA CAXANGA.

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



JOSE GILVAN BEZERRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**





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: 034.488.444-97 4 - Nome completo da vítima: JOSE GILVAN BEZERRA

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 GILVAN BEZERRA 6 - CPF: 034.488.444-97
7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: TV S. DE MENEZES 9 - Número: 05 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: PUTINGUA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.670-391
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 9 3790-9451

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 ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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: _____

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 190744 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a registrar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/franquia do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando a prazo, desde que seja 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 laudo do Instituto Médico do Seguro (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.

Se não o apresentar, 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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado/Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 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 discordando do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) nascido(s)? ☐ 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 não pagará, caso decair a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem, e consequentemente esta condição, estendendo o direito, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da impossibilidade de indenização por infração do artigo 499 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE 27 de dezembro 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 052.09.2018

EM: 25.09.2018

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **JOSÉ GILVAN BEZERRA**, portador do Documento de Identidade nº **5063969** SSP-PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **034.488.444-97**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-519169**, que no dia 27 de agosto de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 14h25, na Avenida Caxangá, após ao Parque Exposição de Animais, imediações do Posto Petrobrás, Cordeiro, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para a UPA Caxangá.
Recife, 25 de setembro de 2018.



Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano Recife
RUA JACQUES

Dr. **Sergio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GILVAN BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000190744-5

Nr. da Autenticação FD0618A04DD66B8C





Companhia Energética de Foz de Iguaçu
Av. João da Barros, 111, Boa Vista, Rudge - Foz, CEP 13050-912
CNPJ nº 06.924.037/0001-00, Iguazú - Foz, CEP 13050-912 - www.celfoz.com.br

DADOS DO CLIENTE
CPF: 01.004.322.894

EXERCÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA
VOLUME 1 - 1997

For 0.54420 ± 0.00027

IP: 192.168.1.1
 2024-01-15 10:30:00
 2024-01-15 10:30:00

CLASSIFICAÇÃO
DE RESOLUÇÃO
RESOLUÇÃO
MORFOTIPO

[illegible]

7C51480030	12/2019
16/12/2019	07/01/2023
	181-93


PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 ESTADO DA PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



NOME
JOSE GILVAN BEZERRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5063969 SSP PE

CPF
034.488.444-97

DATA NASCIMENTO
15/04/1978

FILIAÇÃO
JOAO TAVARES BEZERRA
GERVENIA FRANCA BEZERRA
A

PR. REGISTRO
REGISTRO

1ª REGISTRO
REGISTRO

ACC
REGISTRO

CAT. FIM
A.3

VALIDADE
12/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
03/08/2001

Nº REGISTRO
01907373248

OBSERVAÇÕES
CTTP
BAR


 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
RECIFE - PE


Charles Anderson Souza Ribeiro
Braileir - Presidente
 ASSINATURA DO EMISSOR

DATA EMISSÃO
17/06/2017

RECIFE - PE

46448451008
PR076376750

PERNAMBUCO

[illegible]

Nº DO MEDIDOR NO VAGÃO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CONSTANTE	AJUSTE	ECONOMIA (Kg)
		DATA (M/A/ANO)	LEITURA (Kg/100 Kg)	DATA (M/A/ANO)	LEITURA (Kg/100 Kg)			
						0000		187,22

[illegible][illegible]

2010-2011
 2011-2012
 2012-2013
 2013-2014
 2014-2015
 2015-2016
 2016-2017
 2017-2018
 2018-2019
 2019-2020
 2020-2021
 2021-2022
 2022-2023
 2023-2024
 2024-2025
 2025-2026
 2026-2027
 2027-2028
 2028-2029
 2029-2030
 2030-2031
 2031-2032
 2032-2033
 2033-2034
 2034-2035
 2035-2036
 2036-2037
 2037-2038
 2038-2039
 2039-2040
 2040-2041
 2041-2042
 2042-2043
 2043-2044
 2044-2045
 2045-2046
 2046-2047
 2047-2048
 2048-2049
 2049-2050
 2050-2051
 2051-2052
 2052-2053
 2053-2054
 2054-2055
 2055-2056
 2056-2057
 2057-2058
 2058-2059
 2059-2060
 2060-2061
 2061-2062
 2062-2063
 2063-2064
 2064-2065
 2065-2066
 2066-2067
 2067-2068
 2068-2069
 2069-2070
 2070-2071
 2071-2072
 2072-2073
 2073-2074
 2074-2075
 2075-2076
 2076-2077
 2077-2078
 2078-2079
 2079-2080
 2080-2081
 2081-2082
 2082-2083
 2083-2084
 2084-2085
 2085-2086
 2086-2087
 2087-2088
 2088-2089
 2089-2090
 2090-2091
 2091-2092
 2092-2093
 2093-2094
 2094-2095
 2095-2096
 2096-2097
 2097-2098
 2098-2099
 2099-2100
 2100-2101
 2101-2102
 2102-2103
 2103-2104
 2104-2105
 2105-2106
 2106-2107
 2107-2108
 2108-2109
 2109-2110
 2110-2111
 2111-2112
 2112-2113
 2113-2114
 2114-2115
 2115-2116
 2116-2117
 2117-2118
 2118-2119
 2119-2120
 2120-2121
 2121-2122
 2122-2123
 2123-2124
 2124-2125
 2125-2126
 2126-2127
 2127-2128
 2128-2129
 2129-2130
 2130-2131
 2131-2132
 2132-2133
 2133-2134
 2134-2135
 2135-2136
 2136-2137
 2137-2138
 2138-2139
 2139-2140
 2140-2141
 2141-2142
 2142-2143
 2143-2144
 2144-2145
 2145-2146
 2146-2147
 2147-2148
 2148-2149
 2149-2150
 2150-2151
 2151-2152
 2152-2153
 2153-2154
 2154-2155
 2155-2156
 2156-2157
 2157-2158
 2158-2159
 2159-2160
 2160-2161
 2161-2162
 2162-2163
 2163-2164
 2164-2165
 2165-2166
 2166-2167
 2167-2168
 2168-2169
 2169-2170
 2170-2171
 2171-2172
 2172-2173
 2173-2174
 2174-2175
 2175-2176
 2176-2177
 2177-2178
 2178-2179
 2179-2180
 2180-2181
 2181-2182
 2182-2183
 2183-2184
 2184-2185
 2185-2186
 2186-2187
 2187-2188
 2188-2189
 2189-2190
 2190-2191
 2191-2192
 2192-2193
 2193-2194
 2194-2195
 2195-2196
 2196-2197
 2197-2198
 2198-2199
 2199-2200
 2200-2201
 2201-2202
 2202-2203
 2203-2204
 2204-2205
 2205-2206
 2206-2207
 2207-2208
 2208-2209
 2209-2210
 2210-2211
 2211-2212
 2212-2213
 2213-2214
 2214-2215
 2215-2216
 2216-2217
 2217-2218
 2218-2219
 2219-2220
 2220-2221
 2221-2222
 2222-2223
 2223-2224
 2224-2225
 2225-2226
 2226-2227
 2227-2228
 2228-2229
 2229-2230
 2230-2231
 2231-2232
 2232-2233
 2233-2234
 2234-2235
 2235-2236
 2236-2237
 2237-2238
 2238-2239
 2239-2240
 2240-2241
 2241-2242
 2242-2243
 2243-2244
 2244-2245
 2245-2246
 2246-2247
 2247-2248
 2248-2249
 2249-2250
 2250-2251
 2251-2252
 2252-2253
 2253-2254
 2254-2255
 2255-2256
 2256-2257
 2257-2258
 2258-2259
 2259-2260
 2260-2261
 2261-2262
 2262-2263
 2263-2264
 2264-2265
 2265-2266
 2266-2267
 2267-2268
 2268-2269
 2269-2270
 2270-2271
 2271-2272
 2272-2273
 2273-2274
 2274-2275
 2275-2276
 2276-2277
 2277-2278
 2278-2279
 2279-2280
 2280-2281
 2281-2282
 2282-2283
 2283-2284
 2284-2285
 2285-2286
 2286-2287
 2287-2288
 2288-2289
 2289-2290
 2290-2291
 2291-2292
 2292-2293
 2293-2294
 2294-2295
 2295-2296
 2296-2297
 2297-2298
 2298-2299
 2299-2300
 2300-2301
 2301-2302
 230

COMPANY	DATE	TIME	LOCATION	TYPE	STATUS
ABC	10/01	10:00	1000	1000	1000
DEF	10/02	10:00	1000	1000	1000
GHI	10/03	10:00	1000	1000	1000





Rua Doutor Osvaldo Machado, 62 - Salgadinho - Olinda - PE

Contatos: (81) 3426-1375 / (81) 99981-5451

E-mail: sinergia.saude@neto.com

FICHA DE AVALIAÇÃO

DATA: 24/09/2018

Nome: Paulo Wilson Bezerra CPF: 034.488.444-97

DN: 15/09/1978 Sexo: masculino Profissão: motorista

Endereço: Rua João Carlos de Menezes 95, Jardim
Recife

Telefone Fixo: _____ N° Celular: 98857-9350

Médico: Dr. Rodrigo Pury Diagnóstico: Lesão traumática MTE

QP: Paciente com trauma no membro superior direito
distal do Pi

HDA: NO DIA 27/08/2018 O PACIENTE LANÇOU UM
MOITO QUANDO FOI TROCADO POR OUTRO MOITO
E AQUELA COLUNA DO PORTA TROCAR DE UM
PARO.

Cirurgias Anteriores: _____

DM () HIPERTENSÃO () CARDIOPATIA () OSTEOPOROSE () OUTROS ()

	DATA	HORA	ASSINATURA		DATA	HORA	ASSINATURA
01	24/09/18			11	07/10/18		
02	25/09/18			12	09/10/18		
03	26/09/18			13	10/10/18		
04	27/10/18			14	11/10/18		
05	28/10/18			15	15/10/18		
06	01/10/18			16	16/10/18		
07	02/10/18			17	17/10/18		
08	03/10/18			18	18/10/18		
09	04/10/18			19	19/10/18		
10	05/10/18			20	22/10/18		

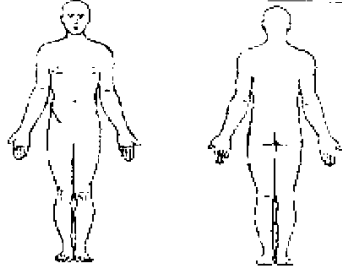


	DATA	HORA	ASSINATURA		DATA	HORA	ASSINATURA
21	23/10/17			31	07/11/17		
22	24/10/17			32	08/11/17		
23	25/10/17			33	09/11/17		
24	26/10/17			34	12/11/17		
25	29/10/17			35	13/11/17		
26	30/10/17			36	14/11/17		
27	31/10/17			37	16/11/17		
28	01/11/17			38	19/11/17		
29	05/11/17			39	20/11/17		
30	06/11/17			40	21/11/17		

*Plano de pagamento () Pacote () A vista Obs:

EXAME FÍSICO

- Escala de dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Características e dor: disputado
- Palpação: alterado
- Edema: +
- Sensibilidade: alterado
- Tônus/reflexos:
- Postura/equilíbrio/coordenação:
- Marcha/transfêrência:
- Estado funcional/ADV's:
- Testes especiais:

AREA	ADM	FORÇA(0-5)	
MMS			
MMII			

TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO

PLANO DE TRATAMENTO: _____ SESSÕES: _____ X/SEMANA DIAS: _____

HORÁRIO: _____

Instituição, _____ de _____ de _____

Unidade: 150-510
Fisioterapia
CREDITO: 169989-6

Assinatura

Carimbo e Assinatura



Leandro Netto



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Estr. Rua Adolpho Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE FAPX 2182-0500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: *En. Gelson Bezerra* Registro:

Clínica: Procedência:

*Seguindo de Trauma
com ferimento na perna e
no Antebraço/2018. Deputado
de Exército 3 ps. Sem
prestação.*

*- lesão muleta ?
Solicitar RNT. Ao Pass
p/ avaliação de benefício
CID: 586*

Data:

4/4/15

075-HQ

Med. CRM
Dr. SANDRELLI
Ten. L. B. PM 9
CRM-PE 1.057





SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado

Jose Wilson Bezerra

portador da Carteira Profissional n.º

Série

necessita de

25 (Vinte e cinco)

dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico

Lesão no nervo fibroso?
+ lesão operatória de drenagem de
hematoma

d) Tratamento

Deverá retornar ao Ambulatório de:

Re

Com ____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

LOCALIDADE/DATA

05/09/18

Ass. do Médico

Ricardo L. M. Junior
CRM nº 55400NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-87 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF



Data do Atendimento: 27/08/2018 Hora: 15:04:53
No. Atendimento: 1206755 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

PRONTUÁRIO: 199932
Colaborador: DEBORAYOS

Nome: JOSE GILVAN BEZERRA

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 15/04/1978

Idade: 40 Anos, 4 Meses e 12 Dias

C.I.:

Pais ou responsáveis: SEVERINA FRANCA BEZERRA

Endereço: DE 414/415 AO FIM JOAO SALES DE MENEZES, 5 - IPUTINGA - 50670390

Cidade: RECIFE

Tel.: 8188579350 -

Hora do Atendimento: ____ / ____ Hs

Peso: ____ Kg

Temperatura: ____ °C

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

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

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Alterado () Piorado

Cham Ferreira
COT 13096 SBOCC
CRM 17411

Messias Dias
Especialista em
Ortopedia
Mat. 4184

Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 27/08/2018 14:56

	Nome Paciente:	JOSE GILVAN BEZERRA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	15/04/1978
	Sexo:	Masculino
	Idade:	40
	Senha:	OR0068
	Convênio:	
Atendimento:	SAME:	

Período: 27/08/2018 15:00 - 27/08/2018 15:02

REGINA LUCIENE VENTURA P DA SILVA - COREN: 38470 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU RECIFE N DA OCORRENCIA 519169// BASICA 03// MACA SEM NUM // VITIMA DE COLISÃO CARRO MOTO COM DOR EM MIE + FERIMENTO CORTE CONTUSO HGT-170

Observação:

HAS - NEGA
DM - NEGA
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- CAPNOGRAFIA: 93.00 %
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG

Acolhido(a) por: REGINA LUCIENE VENTURA P DA SILVA - COREN: 38470 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/08/2018 15:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Data do Atendimento: 28/08/2018 Hora: 10:00:57
No. Atendimento: 1207042 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

PRONTUÁRIO: 199932

Colaborador: DEBORAHSS

Nome: JOSE GILVAN BEZERRA Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 15/04/1978 Idade: 40 Anos, 4 Meses e 13 Dias C.I.:

País ou responsáveis: SEVERINA FRANCA BEZERRA

Endereço: - DE 414/415 AO FIM JOAO SALES DE MENEZES, 5 - IPUTINGA - 50670390

Cidade: RECIFE Tel.: 8188579350 -

Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg Temperatura: °C

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO: 2- Ferimento lacerocutâneo perna esq.
da

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Renovação

28/8/18 - RX de TNP esquelético AP

- lacerado + curativo + sutura

Solicite kit suture

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

Apulento
Dr. Nelson Rodrigues Vieira
Ortopedia
CRM 2007UPA 24h - UPA CAXANGÁ 24h
SUTURA REALIZADAData: 28/08/18 Hora: 11:50
Ass: [Assinatura]

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

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

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Apulento
Dr. Nelson Rodrigues Vieira
Ortopedia
CRM 2007

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

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

Data e hora retirada da senha: 28/08/2018 09:59

	Nome Paciente:	JOSE GILVAN BEZERRA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	15/04/1978
	Sexo:	Masculino
	Idade:	40
	Senha:	CG0071
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 28/08/2018 10:00 - 28/08/2018 10:00

VANESSA CRISTINA DE OLIVEIRA - COREN: 278340 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Fluxograma sintoma: RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Discriminador(es): - RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: VANESSA CRISTINA DE OLIVEIRA - COREN: 278340 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/08/2018 10:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



DATA: 27/08/18

HORA: 22:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Jose - Alisson Bezerra

IDADE: 40 REG: 1446355

SETOR: primário

LEITO:

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: primário em UPA

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias () Quais? Nega Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes ()
HAS () Câncer () Doença Pulmonar () Depressão () Outros:

EXAME FÍSICO

1. Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:

Nível de Consciência: Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Agitado () Sedado ()
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotorreagente ()

3. Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta:

VO () Aceita bem () Não Aceita () Zero () SNG () SNE () GTT ()

5. Dieta

Integra () Não Integra () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Anictérica () Cianótica () Acianótica () Sudoréico ()
Lesões () Local: M.E. Edemas () Local: Acesso venoso M.E.

6. Condições de Higiene.

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:

Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () BAN () Tiragem () Ret. Fúrcula Venturi () %
() Cateter Nasal 1m TQT () VNI () AVN () Modo Vent. FIO₂ PIP PEEP

8. Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: Sim () Não () Visceromegalia: Sim () Não ()

9 Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente () Ausente () Tempo dias
Aspecto SVA () Cistostomia () Vol ml
Diurese: Presente () Ausente () Espontânea () SVD ()
Aspecto

10. SSVV:

PA: 130x80 mm/Hg P: 75 bpm FR: rpm Sat O₂: 98 % T: 36 °C HGT: mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem



PACIENTE: Sexo - GILSON ZEPEDA REG: 4206755
DATA: 27/08/18 HORA: 20:00 SETOR: pediatria LEITO:

1 - Estado Geral:

Bom () Regular ☒ Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente ☒ Inconsciente () Orientado ☒ Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas ☒ Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO ☒ SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pele:

Inteegra () Não-Integra / Local NAO Normocrada ☒ Hipocrada () Ictéria () Anictérica ☒
Cianótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada ☒ Desidratado ()
Edema / Local () : Acesso venoso NAO

6 - Condições de Higiene

Satisfatória ☒ Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
Cateter Nasal () l/m Venturi () % TQT () VNI () AVM () Modo Vent FIO₂ PIP
PEEP TOT N°

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido ☒ Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: sim () não ☒

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente ☒ Ausente () Tempo dias

Diurese: Presente ☒ Ausente () Espontânea () SVD () SVA ()

Cistostomia () Vol ml Aspecto

10 - SSVV:

PA: 130/80 mm/Hg P: 75 bpm Sat O₂: 98 % T: °C

HGT: mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Aguardando mais p/ transição p/ RBF

ENFERMEIRO/COREN:

Amanda de Almeida
Enfermeira
18/08/2018





Nome: 199932-JOSÉ GILVAN BEZERRA

Idade: 40a 4m Nascimento: 15/04/1978

Sexo: MASculino

Contatos: 81 - 89579350 /

Mãe: SEVERINA FRANÇA BEZERRA

Endereço: - DE 414/415 AO FIM JOÃO SALES DE MENEZES, 5 - JUPITINGA - RECIFE/ PE - CEP: 50670390

Data do Atendimento: 28/08/2018

Prontuário: 00199932

Nº Atendimento: 01267042

Serviço: ORTOFEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do atendimento: APOLU BRUN REGO VILIRA

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR(A) JOSÉ GILVAN BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 5063969 E DO CPF 9344384449/ COMPARECEU NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO PERÍODO DE 27/08/2018 ÀS 15:04 ATÉ 28/08/2018 ÀS 12:35HS

MOTIVOS:

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR. JOSÉ GILVAN BEZERRA DE 40 ANOS FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO PERÍODO ACIMA DETERMINADO (27/08/18 A 28/08/18), SAINDO NO DIA 28/08/18, APOS TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, CONFORME REGISTRO NO SISTEMA ELETRÔNICO DESTA UNIDADE DE SAÚDE (UPA DA CAXANGÁ).

ATENCIOSAMENTE,
MICHELINE GALVÃO
ASSISTENTE SOCIAL

UPA - 24h.
Caxanga
Serviço Social

Micheline Galvão
Assistente Social
CRESSPE 4829





Nome:
199932-JOSE GILVAN BEZERRA

Idade: 40a 4m Nascimento: 15/04/1978

Sexo: MASCULINO

Contatos
81 - 88579350 / -

Mãe:
SEVERINA FRANCA BEZERRA

Endereço
- DE 414/415 AO FIM JOAO SALES DE
MENEZES, 5 - IPATINGA - RECIFE/ PE -
CEP: 50670390

Data do Atendimento: 28/08/2018

Prontuário: 00199932

Nº Atendimento: 61207042

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do atendimento: APOLIO BRUM REGO VIEIRA

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR(A) JOSÉ GILVAN BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 5063969 E DO CPF 03448844497 COMPARECEU NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO PERÍODO DE
27/09/2018 ÀS 15:04 ATÉ 28/09/2018 ÀS 12:35HS

MOTIVOS:

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR. JOSÉ GILVAN BEZERRA DE 40 ANOS FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO PERÍODO ACIMA DETERMINADO (27/08/18 A 28/08/18), SAINDO NO DIA 28/08/18, APÓS TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, CONFORME REGISTRO NO SISTEMA ELETRÔNICO DESTA UNIDADE DE SAÚDE (UPA DA CAXANGÁ).

ATENCIOSAMENTE,
MICHELINE GALVÃO
ASSISTENTE SOCIAL

UPA - 24h.
Caxangá
Serviço Social

Micheline Galvão
Assistente Social
CRESPB 4829



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE GILVAN BEZERRA

Reg: 1067059

Enf: 14

Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 28/08/2018

DATA DE SAÍDA: 05/09/2018

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

HEMATOMA EM PERNA ESQUERDA + NEUROPRAXIA DO NERVO FIBULAR ?

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): --

PACIENTE DEU ENTRADA NO SERVIÇO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TENDO EVOLUÍDO COM HEMATOMA E DÉFICIT DE DORSIFLEXÃO. FOI FEITO DRENAGEM DO HEMATOMA COM MELHORA DE PARTES MOLES. RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES EM USO DE TALA PARA MANUTENÇÃO DO PÉ EM POSIÇÃO NEUTRA , DEVENDO USAR PREGABALINA.

**DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA PÉ
PARA CONTROLE EM: 21 DIAS**

Ricardo
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM
Ricardo de Mello Junior
25-184



PACIENTE: José Gilvan Bezerra REG: _____
DATA: 28/08/18 HORA: 10:30 SETOR: Amarela LEITO: 100-1-1

1 - Estado Geral:

Bom () Regular (x) Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente (x) Inconsciente () Orientado (x) Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas (x) Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

Pele:

Íntegra (x) Não-Íntegra / Local () Normocorada (x) Hipocorada () Ictéria () Anictérica (x)
Cianótica () Acianótica (x) Sudoréico () Hidratada (x) Desidratado ()
Edema / Local () Acesso venoso

6 - Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico (x) Dispneico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()
Cateter Nasal () Um Venturi () % TQT () VNI () AVM () Modo Vent FIO₂ PIP
PEEP TOT N°

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano (x) Globoso () Escavado () Flácido (x) Distendido () Tenso () Ascítico ()

Doloroso à palpação: sim () não (x)

9 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente (x) Ausente () Tempo dias

Diurese: Presente () Ausente () Espontânea (x) SVD () SVA ()

Ostomia () Vol ml Aspecto

10 - SSVV:

PA: 100/40 mm/Hg P: 93 bpm Sat O₂: 99 % T: 36.7 °C

HGT: 92 mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Aguarda mais p/ transplante de 10.10.18

Kleyton Assis
Enfermeiro
COREN-PE 486089

ENFERMEIRO/COREN: _____



PACIENTE: _____ REG: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____ SETOR: _____ LEITO: _____

1 - Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

1 - Nivel de Consciencia:

Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:

Zero () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pellet:

Íntegra () Não íntegra / Local (): _____ Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()
Cianótica () Acianótica () Sanguinolenta ()

Cianótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada () Desidratado ()

Ederna / Local (): _____ Acesso venoso _____

6 - Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório

Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban. () Tiragem () Ret. Fúrcula ()

Cateter Nasal () ____ l/m Venturi () ____ % TQT () . VNI () AVM () . Modo Vent ____ FIO₂ ____ PIP ____

3 - Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()

Doloroso à palpação: sim() não()

1 - Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente () Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias

Prezență: Prezent () Absent () Spontană () SVD () SVA ()

Distribuição () Vol _____ ml Aspecto _____

0 - SSVV;

A: _____ mm/Hg P: _____ bpm Sat O2: _____ % T: _____ °C

GT _____ mg/dl

1 - Procedimentos Realizados / Observações

ENFERMEIRO/COREN. _____



PACIENTE:

For: Gilman Begena

PACIENTE:
MÉDICO:

LEITO:

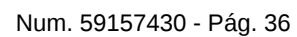
REG:

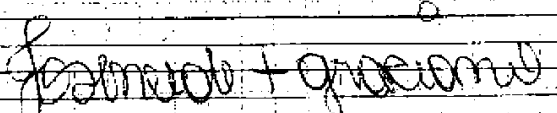
MÉDICO:

DATA:

[illegible]

100



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: _____		Registro: _____	
Clínica: _____		Enfermeira: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Hora Admissão: _____		PLANTÃO DIURNO	
		Data: ____/____/____	
Estado Geral	☐ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☐ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☐ Espenico	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☐ Periférico	☐ Central	Local: _____
Curativo	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☐ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____
Observações: _____			
Técnico de Enfermagem: _____			
CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: <u>Jose Gilvan Bezerra</u>		Registro: _____	
Clínica: _____		Enfermeira: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Hora Admissão: _____		PLANTÃO NOTURNO	
		Data: <u>27/08/18</u>	
Estado Geral	☒ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☒ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta zero
Padrão Respiratório	☒ Espenico	☐ Taquipnéico	☐ Bradispnéico ☐ Dispnéico
Acesso Venoso	☐ Periférico	☐ Central	Local: _____
Curativo	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Drenos	☐ Sim	☐ Não	Local: _____
Evacuações	☒ Presente	☐ Ausente	Aspecto: _____
Diurese	☒ Presente ☐ SVD/SVA	☐ Ausente	Aspecto: _____
Observações: _____			
			
Técnico de Enfermagem: _____			
Cuidados de Enfermagem:		Horário	Responsável



SINAIS VITAIS						OXIGENOTERAPIA			CONTROLE						OUTROS	
HORA		FR (rpm)	FC (bpm)	Sat. O2 (%)	Temp.	Cateter O2	VENTURI	VENT. MEC	GANHOS		PERDAS				HGT (mg/dl)	Asp. VAS
									SNG/SNE	Soro/Med IV	SNG (ml)	Drenos (ml)	Diurese (ml)	Fezes (+/4+)		
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
Total																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
Total																





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Amador da Silva Almeida

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5500058
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: Vitor Bruno Bozom IDENTIFICAÇÃO Idade: 42a

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente com queimadura (E) com
ferimento na pele, extensa e profunda

Hipótese Diagnóstica: queimadura térmica
de 2º grau

AValiação Clínica

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

FR:RN 35-50

< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180

< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis S () N ()

Lesões Intra-Abdominais: S () N () Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Víctima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Uso Outras Drogas: S () N () Informante: Víctima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança Perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intecorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Méico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e Data

Méico Assistente



SINAIS VITAIS						OXIGENOTERAPIA			CONTROLE						OUTROS		
HORA		FR (rpm)	FC (bpm)	Sat. O2 (%)	Temp.	Cateter O2	VENTURI	VENT. MEC	SNG/SNE	Soro/Med IV	SNG (ml)	Drenos (ml)	Diurese (ml)	Fezes (+/4+)	Vômitos (+/4+)	HGT (mg/dl)	Asp. VAS
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12	130 x 100															130	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
Total																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
Total																	

