



18/03/2020

Número: **0006900-64.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERO MARINHO DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59452394	18/03/2020 14:50	2703617_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00069006420208172001

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 **CICERO MARINHO DA SILVA**, 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 **28/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 18/11/2019.

Cumpra 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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, recorrendo 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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 **28/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta 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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA 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.”



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 citação⁶.

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 ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

Ante o exposto, 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 a 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 Súmula 474 do STJ.**

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

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

- 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;

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

⁷art. 1º . (...)

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



- 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, 6 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 **CICERO MARINHO DA SILVA**, em curso perante a **14ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00069006420208172001.

Rio de Janeiro, 6 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: **0006900-64.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERO MARINHO DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59452396	18/03/2020 14:50	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000009

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

Data do acidente: 28/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO PLACA E PARAFUSO) P11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

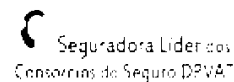
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473034/19

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

CPF: 040.405.604-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO MARINHO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CICERO MARINHO DA SILVA : 040.405.604-00

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: 31/12/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000009

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

Data do acidente: 28/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento: RELATÓRIO MÉDICO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO
faltante: CIRÚRGICO

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000009

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO MARINHO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

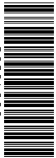
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15314182

Pag. 01605/01606 - carta_01 - INVALIDEZ

00010803



Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200000009 Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERO MARINHO DA SILVA

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01533/01534 - carta_32 - INVALIDEZ

00060767



Carta nº 15325839





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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000009

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO MARINHO DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CICERO MARINHO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004759**

Conta: **000984719906-5**

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.

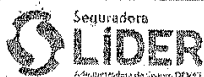
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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: 040405604-00 4 - Nome completo da vítima: Cicero Marinho da Silva

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

5 - Nome completo: Cicero Marinho da Silva 6 - CPF: 040405604-00
7 - Profissão: Adv. Senar Benício 8 - Endereço: Rua Joaquim Amazonas 9 - Número: 310 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pacheco 12 - Cidade: Jaboatão 13 - Estado: 14 - CEP: 5480-070
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98641-1713

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 24759 CONTA: 984719906 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 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 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 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 (ou 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 (vários)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles 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 do digital da vítima 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



569997
0473034/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO -
DP23ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0113003340

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/11/2019 às
13:49

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 28/07/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE CAVALEIRO (BAIRRO), 41, AV.
GOVERNADOR AGAMENNON MAGALHÃES - Bairro: CAVALEIRO -
JANGATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de
Referência: HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
BENJAMIM JUNIO BARBOSA DA SILVA (OUTRO)
CICERO MARINHO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

CICERO MARINHO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
SATURNINO DA SILVA Pai: ALTON FELIX MARINHO Data de Nascimento: 04/09/1979
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0300400/000/PE (RG),
04040000400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão:
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS Telefones Celulares:
- 003400000

Endereço Residencial: BAIRRO DE SUCUPIRA (BAIRRO), 12, RUA ESPANHA - CEP:
55000-000 - Bairro: SUCUPIRA - JANGATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

BENJAMIM JUNIO BARBOSA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

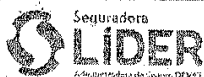
DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

18/11/2019 13:51



Place: 巴西馬里亞納 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO); Renewal: 2008年1月1日
Ang-tan-koong/Mogiao: 北婆羅洲(西貢) I 越南共和國政府

[illegible]



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: 040405604-00 4 - Nome completo da vítima: Cicero Marinho da Silva

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

5 - Nome completo: Cicero Marinho da Silva 6 - CPF: 040405604-00
7 - Profissão: Adv. Senar Benício 8 - Endereço: Rua Joaquim Amazonas 9 - Número: 310 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pacheco 12 - Cidade: Jaboatão 13 - Estado: 14 - CEP: 5480-070
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98641-1713

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 24759 CONTA: 984719906 5 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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 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 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 (ou 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 (vários)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles 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 do
capital da
vítima por
fotocópia
ou digitalizada

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 2429.000
EM: 14.11.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **CICERO MARINHO DA SILVA, RG: 5.300.496 - SDS/PE, CPF: 040.405.604-00**, consta em nossos arquivos a ocorrência de **Nº S - 687431**, do dia 28 de setembro de 2019, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 18h 00min vítima de colisão moto/carro. O acidente aconteceu na entrada de cavaleiro – em frente ao Hospital nossa senhora de Lurdes Cavaleiro - Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para o Hospital Dom Helder.

Jaboatão dos Guararapes, 14 de novembro de 2019.


Antonio A. Pereira
Gerente Administrativo e Gestão de Pessoas
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes
Mat. GRM: 1181 – Mat.40.911.164-1
Jaboatão dos Guararapes - PE



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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO MARINHO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04759

CONTA: 000984719906-5

Nr. da Autenticação AB2F9FD11F8F8CE9





SG: 085.236.790

17/03/2019

078400

DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE PL3
MARIA SATURNINA MARINHO
R PRF JOAQUIM AMAZONAS 320
PACHECO
54280-070 JABOATAO PE



7213099639692320000007840030170919





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-602
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Eel. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DA SILVA
PROX AO TERMINAL DE ONIBUS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 3 SEMPRE VIVA 78

CPF: 014.751.244-14 NIS: 18366000154

CURADOR III/CAVALEIRO
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54000-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMMS

Nº FISCAL	SEDE	EMISSÃO
075402202	UNICA	28/08/2019
Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	
2001222131	1713710	

CONTA CONTRATO	MES/ANO
2293634010	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
04/09/2019	26/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	29,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	50,0000000	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,0000000	0,32784015	16,39
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,04
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,67
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,16
Multa por atraso-NF 071498598 - 28/07/19			0,48
Juros por atraso-NF 071498598 - 28/07/19			0,01

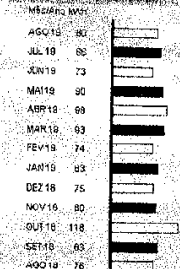
TOTAL DA FATURA

29,38

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
MB19003	CAT	28-07-2019	18.278,00	28-08-2019	19.359,00	30	1,00000		60,00

INFORMAÇÕES DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	23,75	0,74
PIS	23,75	0,74
COFINS	23,75	0,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

CONSUMO DE ENERGIA	R\$	%
Taxação de Energia	11,59	40,83%
Taxação de Iluminação	1,16	4,58%
Distribuição (Cabo)	7,03	26,94%
Perdas de Energia	2,30	8,40%
Encargos Setoriais	0,89	3,31%
Tributos	0,86	3,13%
Total	23,73	100%

Consumo Ativo até 30 kWh: 50,00 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 50,00 kWh

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Figura para fins de controle fiscal. Não pode ser usado para fins de comprovação de pagamento de impostos. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a validade das informações em www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a validade das informações em www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a validade das informações em www.celpe.com.br.

CONSUMO DE ENERGIA	R\$	%
Taxação de Energia	11,59	40,83%
Taxação de Iluminação	1,16	4,58%
Distribuição (Cabo)	7,03	26,94%
Perdas de Energia	2,30	8,40%
Encargos Setoriais	0,89	3,31%
Tributos	0,86	3,13%
Total	23,73	100%

CONSUMO DE ENERGIA	R\$	%
Taxação de Energia	11,59	40,83%
Taxação de Iluminação	1,16	4,58%
Distribuição (Cabo)	7,03	26,94%
Perdas de Energia	2,30	8,40%
Encargos Setoriais	0,89	3,31%
Tributos	0,86	3,13%
Total	23,73	100%

CONTA CONTRATO	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2293634010	08/2019	04/09/2019	29,38



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.13/98.

Pelo exposto, eu Juliana Leira da Silva Nascimento
inscrito (a) no CPF/CNPJ M1691044 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luciano Norberto da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 040405604 00

do sinistro de DPVAT cobertura Fatalidade da Vítima Luciano Norberto da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 040405604 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: <u>3ª Trav. Sempre Viva</u>	Número: <u>78</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Curado II</u>	Cidade: <u>Joazeiro</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>51000-000</u>	Tel. (DDD): <u>81 29871.1713</u>

Local e Data: Joazeiro, 30 de Dezembro de 2019

Juliana Leira da Silva Nascimento
Assinatura do Declarante



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: CICERO MARINHO DA SILVA

REGISTRO: 120674

IDADE: [Status]

DATA ADMISSÃO:
28/09/2019

DATA ALTA: 30/09/2019

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA EM DIAFISARIA DA TIBIA D

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

REDUÇÃO CRUENTA COM FIXADOR EXTERNO

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO C
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO, QUADRIL E TORNOZELO
- 3) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 4) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS
- 5)

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

Data da Consulta: 14/10/2019

07:00

At-09:00

Assinatura do Médico e Carimbo

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

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia e Traumatologia
Câmara: 28.693



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.





HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome C. J. CORDEIRO cordeiro DE SILVA Registro: _____ Nº Atendimento _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: FRAT. CxO DE CxO M. P. 10/10/20

História da Doença Atual:

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO em 10/10/20
HÁ CxO DE CxO M. P. 10/10/20
FRAT. CxO DE CxO M. P. 10/10/20

AC. RX. FRAT. 1/3 hnta + Fibula direita

Interrogatório Sintomatológica:

Dor + sangramento





**HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

: Cícero Maximino da Silva Registro: 12.0674

Enfermaria: 406 Letto: 03

U/Mora	
9/19	# Serviço Social # Realizado atendimento ao irmão do paciente, prestada orientações pós-alta, sobre fluxo no SUS e rotina hospitalar. Juliana Cleia de Nascimento Assistente Social CRESS nº 2000 - 4ª Região/PE

Juliana Clória Nascimento
Assistente Social
CRPS 11-0004-44 Região/PE





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Endereço: 624912

Data e Hora: 28/09/2018 18:44

Senha de Classificação:

Paciente: 120874 CICERO MARINHO DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 08/10/1979 Idade: 38 anos Convenio: 2 SUS/MIA AMBAIG
Nome da Mãe: MARIA SATURNINO DA SILVA Nome do Pai: AILTON FELIX MARINHO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: RUA PROFESSOR JOAQUIM J - PACHECO 320 Bairro: SUCUPIRA
Idade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: THAYANECCS
RG (Identidade): Data de Emissão:
PF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 987280987
Cartão SUS: Data de Emissão CRM:

RESUMO DE TRATAMENTO

Ido: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____
Queixa Principal
Dor CI HAST DE trauma AUTOMOBILISTICA HA CATH
CI PERMANENTE SAUJANTE m 2 (1) UEGA PERCA NA
COMBATECIDA CI XEMITE

Exame Físico

WELDE, eretado, GROSSO IS
URINA VACUA PARADO
PERMANENTE SAUJANTE SEM REGRA A
FRIO

Exame Diagnóstico

PRG: EXACERBADO M. GROSSO (1)

Medicamentos

Prescrição Médica

ATENDIDO
1- SEC 21, 100ml 1x/dia 18:00
2- CEFOTRIM 2g - 4x/dia @ 20:00
3- SAT - 1x/dia
4- RI SEM FARMACIA

Dr. Igor Abutrab

28 SET 2018

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



**Leito da SRPA.**

Nome: Geovane Moura data: 28/07/19 Hora: 23:15 Registro: 1200
Leito de origem: _____

Leito de origem:

Equipe: Dr. Marcus Anestesista: Dra. Julia

3. Admissão

Estado geral: () Bom ☒ Regular () Torporoso () Grave^a

Respiração: ☒ Espontânea () Assistida não Invasiva () Entubado () Traqueostomizado

Sonda: { }SVD { }SNG { }SNE

Acesso Venoso Periférico: () Não ☒ Sim Onde: USP

Acesso Venoso Central: ☒ Não ☐ Sim Onde:

Drenos: ☒ não ☐ sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 113 x 89 mmHg FR: — p/min FC: 89 p/min SaPO2: 99%

Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Corário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	23:30	23:45	24:15	24:45	01:15	
FR	132 x 82	134 x 79	164 x 80	131 x 80	126 x 82	
FC	85	88	86	86	82	
SaPO2	97%	97%	99%	100%	95%	
Glasgow	—	—	—	—	—	

5. Intercorrências/observações:

5. Alta da SRPA

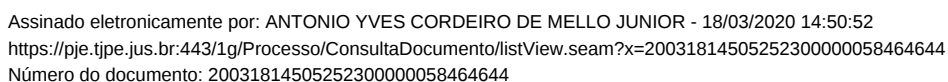
Signs vitaux: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: 15

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatorio () Residência 11/11/11

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico:

Scanned by CamScanner



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 28/08/2019 19:22

Nome Paciente:	CICERO MARINHO DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	08/10/1979
Sexo:	Masculino
Idade:	39 anos
Senha:	0032
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 28/08/2019 19:34 - 28/08/2019 19:37

CARLOS LEANDRO DA SILVA JUNIOR - COREN: 386895 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PCTE PROCEDENTE DE SOCORRO SAMU PÓS COLISÃO AUTOMOBILISTICA COM POSSIVEL LESÃO EXPOSTA DE TIBIA E FÍBULA.

HAS -

DM -

ALERGIA: NEGA

Exatograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- PAD: 105.00 MMHG

- PAS: 168.00 MMHG

- SATO2: 99.00 %

Atividade(s) por: CARLOS LEANDRO DA SILVA JUNIOR - COREN: 386895 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO

Data Impressão: 28/08/2019 19:37

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página



Exame Físico:

GISSANEIS

Pr. 1. Ref. em 07/0

Exame físico realizado com normalidade

Antecedentes Pessoais:

NEG

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Frat exposto caxa na perna ①.

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

po hica

Cabo de Santo Agostinho, 1

Dr. Igor Abreu
Médico / CRM-PE 27771

28 SET 2020

Assinado e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 85, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

Scanned by CamScanner

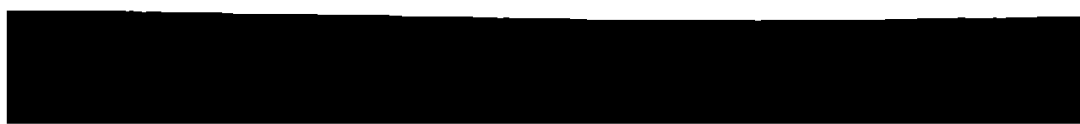


EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Cícero Maximino de Sales Registro: 120624

Nico: 120624 Enfermeira: SEPA Loto:

Data/Hora	Enfermeira
8-09-19	
145	Paciente admitido em sala de espera da clínica 2, após 12h de internação, em sala de espera, com exame físico normal, de 12h de internação, com exame físico normal.
	<i>[Signature]</i>
	HO: Paciente Exame em sala de espera 2
	CD: The exam is normal
	Exame físico normal
	15 dias em Ambulatório
	<i>[Signature]</i>





TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Formulário número:
001

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro da sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico: Regional / Geral

Declaro ainda que:

- a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- e) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Sandra Helena Oliveira Dantas RG: 5.174946
Data de nasc.: 28/12/72 Grau de parentesco: Amiga

Cabo de Santo Agostinho 28 de Setembro de 20 19

Sandra Helena Oliveira Dantas
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____
médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____ de 20 ____

[Assinatura] CRM de 22.933
Assinatura / CRM do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



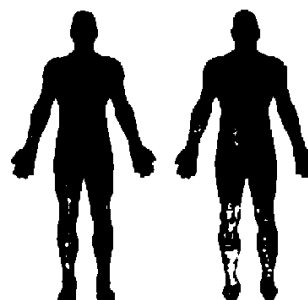
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antonio Murielino da Silva
Data de Nascimento: 1/1/1974 Registro: 120674
Sexo: Ude Lado: _____

SINAIS VITAIS

PA: 168/110 T: 36,6°C FREQ: _____
Observação: _____



ENTREVISTA

PERTENSO: SIM () NÃO (☒) MEDICAÇÃO EM USO: _____
LABÉTICO: SIM () NÃO (☒) MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS: TABAGISTA: SIM () NÃO (☒) Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____
ETILISTA: SIM (☒) NÃO () Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS

IMAGEM: RX (☒) TAC c/ Contraste () USG () ECO () LABORATÓRIAL: SIM () NÃO (☒)
TAC s/ Contraste () RNMI () CATE () Observação: _____
ARECER CARDIOLÓGICO: SIM () NÃO (☒) Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS: SIM () NÃO (☒) GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI: SIM () NÃO (☒) Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA

IM (☒) QUAL: _____
O (☒) OBSERVAÇÃO: _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

IM (☒) QUAL: _____
O (☒) OBSERVAÇÃO: _____

IM () QUAL: _____
O (☒) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____

USO DE Sonda

SNE () SNG (☒)
SVD ()
Outra: _____

DRENO

SIM () NÃO (☒)
Qual: _____
Local: _____

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEJUM: SIM (☒) NÃO () A partir do dia: ____/____/____ às ____:____ Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO: SIM (☒) NÃO () Observação: _____
RICOTOMIA: SIM () NÃO (☒) Observação: _____
RETIRADO ADORNOS: SIM (☒) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES: SIM () Quais/Datas: _____
NÃO (☒)
OUTRA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: SIM () Quais/Datas: _____
NÃO (☒)
ULCERA DE PRESSÃO: SIM (☒) Observação: _____
LATERALIDADE: SIM () Observação: _____
IDENTIFICAÇÃO: NÃO () DEMARCADA: NÃO ()

Infermeiro Responsável: _____ COC



Scanned by CamScanner





FMUP

TRANSMISSÃO DE DOENÇA TRANSMISSÍVEL

NOME _____		DATA NASC _____	
REGISTRO _____		CORA _____	
SETOR DE ORIGEM _____			
S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência <u>Coma leve</u>	WGT <u>85</u>
		PA <u>168/110</u> <u>72</u>	PA <u>Diastólica</u>
B	Base do cenário (médico)	Antibiótico profilático ☐ Sim ☒ Não () Sim	Antibiótico terapêutico ☐ Não () Sim
		Quant <u> </u>	Horário <u> </u>
	Análise (Enfermagem)	Dispositivo invasivo ☐ Sim ☒ Não () Sim	SVD ☐ Não () Sim
		Alergia <u>Não</u> () Sim ☒ Não	
	Recomendação (Enfermagem)	Exames laboratoriais <u>Não</u> <u> </u>	Exames de imagem <u>Não</u> <u> </u>
		Exames de imagem <u>Não</u> <u> </u>	Exames de imagem <u>Não</u> <u> </u>

Enviado por: Ass. Médica

Recebido por: Ass. Enfermagem



Scanned by CamScanner



1.
 2.
 3.

Pre-sistema:	0000000000	TRATAMENTO DE ESPRIMO (E) E FRATURAS (F) CLASSE (C) TELA (T) PONTA (P) A1
Convênio:	001	SAIS - NITRILICA
Assessoria:	00	RAJAS AND STE SIA - SE (RACAO)

Assinatura: _____
 Função: _____
 Data: _____
 Em: _____

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



[REDACTED]

PACIENTE:	Rafael Henrique da Silva			DATA:	28/03/20		
CIRURGIÃO:	Dr. Marcelo			RM:	226631		
ANESTESISTA:	Dr. Felipe			AUXILIAR:	Rafael		
CIRURGIA:	Proctotomia de fístula anal esquerda			ANESTESIA:	Rafael		
ESTRUMENTADOR:	Selma			COORDENADOR DO BLOCO:	Rafael		
CIRCULANTE:	Humberto			COREN:	310432		
ENFERMEIRA:	Aparecida			COREN:	310432		
HORA INICIAL:				HORA FINAL:			

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
ASPIRADOR			
12X4.8	12X7	12X9	40X12
CARCIPLÉGICA	STIMULEX	RAQUET 23	RAQUET 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 18CM	CREPE 28CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 18CM	GESSADA 28CM	
CANULAS			
ACQUEOST 7.0	TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 8.0	TRAQUEOST 8.5
FOST 9.0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBCLAVIA 18
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	PISORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 13	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7.5	LUVA 7.5	LUVA 8.0	LUVA 8.5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
ENTAL CIRUR			
BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PI VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
F. CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
BIBULOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUCCÃO 3.3	SUCCÃO 4.8	SUCCÃO 8.2
BLAKER 19PR	BLAKER 24PR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
BOMBAS			
ENTERAL 18	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 15	ENDOTRAQ. 2.0	ENDOTRAQ. 2.3	ENDOTRAQ. 3.0
ENDOTRAQ. 3.5	ENDOTRAQ. 4.0	ENDOTRAQ. 4.5	ENDOTRAQ. 5.0
ENDOTRAQ. 5.5	ENDOTRAQ. 6.0	ENDOTRAQ. 6.5	ENDOTRAQ. 7.0
ENDOTRAQ. 7.5	ENDOTRAQ. 8.0	ENDOTRAQ. 8.5	ENDOTRAQ. 9.0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 18
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSE	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38497



Scanned by CamScanner



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Cícero Humberto da Silva Data: 28/09/19 Hora: 21:45 Registro: 120
Comissão: 2019 Lado: _____ Pó: _____ Aluno: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Vitorino Anestesiologista: Dr. J. L. L.
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Edson

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Diagnóstico: Y. Surruco, Hérnia x póto tub. 10 Início: 21:10 Término: 23:10
Anestesia: Bupivacaína + 1000 Início: 21:55 Término: 23:10

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (x) Regular () Grave
Grau de Consciência: () Orientado (x) Consciente () Semiconsciente () Coma
Respiração: (x) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Hemodinâmica: () Sim (x) Não
Chegou no CC em uso de: medica. Soro

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Forster () Lateral () Dorsal (x) Ventral () Ginecológica ()
Uso de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

6 - EQUIPAMENTOS:

Monitor da Pulsa	(x)	Monitor Cardíaco	(x)	FMI	(x)	Bomba CEC	Aspirador
Gelada Térmica	()	Bisturi Ultrassônico	()	Artroscópio	()	Microscópio	Capnógrafo
Bisturi Elétrico	()	Local da Placa	_____				
Uso de Anestesia	(x)	Difusor	()	Interferidor	()		
B. Vídeo	()	Bomba de Infusão	()				
Algodão	(x)	Início	<u>21:50</u>	Término	_____		
Atividade	()	Início	_____	Término	_____		
Is. Cerebral	()	Início	_____	Término	_____		

7 - PROCEDIMENTOS:

Isola Orelha: Sim () Não (x)
Isola Vozal de Orelha: Sim () Não (x)
Amputação (Tipo e Local): Sim () Não (x)
Isola (Tipo e Local): Sim (x) Não () HEP (pericárdio)

8 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

OBSERVAÇÕES:

Paciente inconsciente por S.E. sem
intubação

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Isola: Acordado (x) Nervoso () Entubado () Traqueostomizado ()
Intubado para: BPPA (x) S. Intubado () UCOR () UTI () APF () Respi

28/09/19 Hora: 23:10 Enfermeiro: Am Coordenador: [Assinatura]

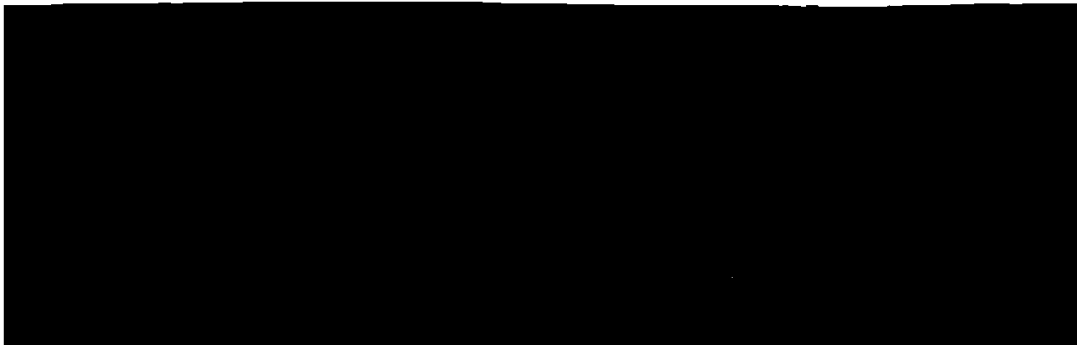
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1 Identificação

Nome L. MC HERNANDES DA SILVA Data 28/09/19 Registro 12067
Convênio SUS Leito _____ Hora 21:40

2. Equipe médica.

Cirurgião DYF. Vitoriano 1º auxiliar _____
Anestesiista DYF. J. J. J. Instrumentador Silveira
Circulante Marcos
TOB 310112
CORON 310112

[illegible]



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-80

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 120574

Nome: CICERO MARINHO DA SILVA

Mãe: MARIA SATURNINO DA SILVA

End.: RUA PROFESSOR JOAQUIM AMAZONAS

Enferm.: BL-5 D

Atendimento: 524918

Leito: 849

Dt Cad: 28/09/2019

Dt Nasc: 06/10/1979

Bairro: SUCUPIRA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

☒ Confirmação sobre o paciente

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado
- Consentimento informado realizado

☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica

☒ Checagem do equipamento anestésico

☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões

☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

☐ Antecipação de eventos críticos:

☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

☒ Nome do procedimento realizado

☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)

☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente

☒ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido

☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Forat. exp. Tuber
?





TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

002

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Drº(a) _____, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☒ Tratamento: _____
☒ Assistência clínica: _____
☒ Procedimento: _____ ou
☒ Exame: _____
a que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Drº(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Sandra Helena Oliveira Santos RG: 5.174946
Data de nasc.: 28/12/72 Grau de parentesco: Amiga

Cabo de Santo Agostinho, 28 de Setembro de 2019

Sandra Helena Oliveira Santos
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____ de 20____

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000

Scanned by CamScanner



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Oséio Martins da Silva Registro: 120674
 Clínica: Alto Curativo Enfermaria: 12 Leito: 02
 Sexo: M Peso de admissão: 70 Kg Peso Atual: 70 Kg
 História Clínica: Id. dependente de Túb. C.D.

HORA: 11:00 PLANTÃO DIURNO: 11:00 DATA: 11/01/19

Estado Geral	☐ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☐ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório	☐ Eupneico	☐ Taquipneico	☐ Bradipneico
Acesso Venoso	☐ Periférico	☐ Central	Local: <u> </u>
Curativo	☐ Sim	☐ Não	Local: <u> </u>
Drenos	☐ Sim	☐ Não	Local: <u> </u>
Evacuações	☐ Presente	☐ Ausente	Aspecto: <u> </u>
Observações	<u> </u>		

Auxiliar / Técnico de Enfermagem:

HORA: 07:00 PLANTÃO NOTURNO: 07:00 DATA: 11/01/19

Estado Geral	☒ Regular	☐ Grave	☐ Gravíssimo
Dieta	☒ VO	☐ SNG	☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório	☒ Eupneico	☐ Taquipneico	☐ Bradipneico
Acesso Venoso	☒ Periférico	☐ Central	Local: <u> </u>
Curativo	☒ Sim	☐ Não	Local: <u> </u>
Drenos	☐ Sim	☒ Não	Local: <u> </u>
Evacuações	☒ Presente	☐ Ausente	Aspecto: <u> </u>
Observações	<u>Doença o paciente com ECG, consciente, orientado, eupneico normotensão, hemodinâmica, febre alta, dieta oferecida, Fev. med. de 200, segue com os cuidados de sua. 11/01/19</u>		

Auxiliar / Técnico de Enfermagem:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável

TÍTULO Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1984

REGISTRO GERAL	5.300.496	DATA DE EXPEDIÇÃO	04/11/2019
REGISTRO CIVIL			
Matr.: 073478.01.55.1984.1.00019.150.002Z117.52 Recife - PE 27/04/2012			

CPF: 040.405.604-00	DNI: [REDACTED]	
T. ELIOTOR	CTPS	SÉRIE UF
	91202	0046 PE
NIS/PIS/PASEP	IDENTIDADE PROFISSIONAL	
	[REDACTED]	
CERT. MILITAR		
[REDACTED]		
CNH:	CNS	
[REDACTED]	[REDACTED]	

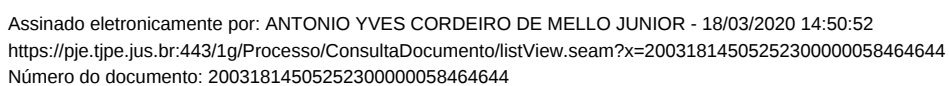
Polegar Direito



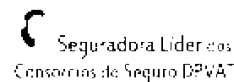
 Paulo Augusto Tavares de Carvalho
Secretário do STJ/PE

EC-09

4



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473034/19
Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA
CPF: 040.405.604-00
CPF de: Próprio
Data do acidente: 28/09/2019
Titular do CPF: CICERO MARINHO DA SILVA
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CICERO MARINHO DA SILVA : 040.405.604-00

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: 31/12/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000009

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

Data do acidente: 28/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO PLACA E PARAFUSO) P11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Cícero Marinho da Silva, Brasileiro(a), Estado Civil solteiro, Profissão Serviços Gerais, Residente e domiciliado à Rua Rua Joaquim Amazonas, nº 320, Bairro Pacheco, Município de Itabozito, Estado PE, Cep 54.280.070, Rg nº 5300496, órgão emissor SDS/PE e CPF nº 04040560400

Outorgado(a): Juliana Maria da Silva Nascimento, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)

Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto a qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Cícero Marinho da Silva, ocorrido em 23/09/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

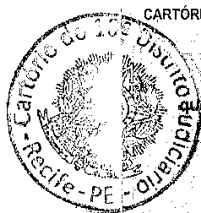
Recife, 18, de NOVEMBRO de 2019



CICERO MARINHO DA SILVA

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
Rua Falcão de Lacerda, 329 - Tejo - CEP: 50930-010 - Fone: (81) 3251-5130

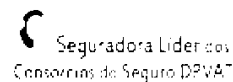
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
CICERO MARINHO DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 18 de novembro de 2019 11:56:17.
Em testemunho da verdade:
Gilda Magalhães Herminio (Escrivente)
Selo: 0073478-HPK11201902.01094

Eml: R\$ 3,38 TSHR R\$ 6,88 FERC R\$ 8,40 FERM R\$ 0,01 FPM R\$ 0,01 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 19,87

Consulte autenticidade em: www.jusbrasil.com.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473034/19

Número do Sinistro: 3200000009

Vítima: CICERO MARINHO DA SILVA

CPF: 040.405.604-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: CICERO MARINHO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 13/01/2020
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos

