



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA**  
**Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202082100028	Distribuição: 09/01/2020
Número Único: 0000028-84.2020.8.25.0069	Competência: Moita Bonita
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Seguro

**Dados das Partes**

Requerente: PEDRO DOS SANTOS  
Endereço: POVOADO COVA DA ONÇA  
Complemento:  
Bairro: ZONA RURAL  
Cidade: MOITA BONITA - Estado: SE - CEP: 49560000  
Advogado(a): ÁLISON TEIXEIRA LIMA 12429/SE  
Requerido: DPVAT SEGUROS E CONSÓRCIOS  
Endereço: RUA SENADOR DANTAS  
Complemento: 5º ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000  
Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA**  
**Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

MOITA BONITA DA COMARCA DE MOITA BONITA  
Av. João Evangelista da Costa, Bairro Centro, Moita Bonita/SE, CEP 49560000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202082100028

**DATA:**

16/03/2021

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ - 2592}

**LOCALIZAÇÃO:**

Juiz

**PUBLICAÇÃO:**

Não



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOITA BONITA/SE**

Processo: 202082100028

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PEDRO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas a perícia com o escopo de ser apurado o *quantum* devido em decorrência da lesão suportada.

Frisa-se que aludida verificação realizada na seara administrativa é realizada por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável, e a conclusão nesta seara foi pelo fato de a vítima ainda estar em tratamento.

Noutra ótica, foi nomeado perito e as partes intimadas a apresentarem os quesitos a fim de que pudesse realizar a perícia médica necessária.

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Entretanto, 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 parciais.

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 STJ1.

---

<sup>1</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

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 por 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, que é exatamente o caso dos autos:

No presente caso, conforme descrito no exame físico e constante nos autos, temos pela tabela SUSEP para fins de DPVAT: incapacidade parcial incompleta - perda da mobilidade de um dos ombros (25%) de grau leve (25%).

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

- 1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;
- 2) 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%.

Dessa forma, na remota hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar o enquadramento da invalidez conforme seguimento corporal acometido, bem como o grau de repercussão indicado pelo expert, em pleno atendimento à Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Outrossim, quanto ao pedido de reembolso de despesas médicas, cumpre ressaltar, na remota hipótese de condenação, deverá ser considerado o pagamento efetuado em sede administrativa na monta de R\$ 125,00 (cento e vinte e cinco reais), cuja íntegra do processo segue anexo.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

MOITA BONITA, 12 de março de 2021.

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**

**2592 - OAB/SE**

# 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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 125,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 000000003913-5

---

Nr. da Autenticação D431A3DCE76E952A

## PARECER DE DAMS

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190511530**Data do acidente:** 23/04/2019**Vítima:** PEDRO DOS SANTOS**Atendimento:** HOSPITAL**Cidade:** Malhador**UF:** SE**Análise:** Primeira Análise**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E  
PREV. S/A**Data:** 28/10/2019 15:24:38

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO CONTUSAO DO OMBRO E DO  
BRACO -**Internação:** Não**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	125,00	125,00
Materiais			232,00	0,00
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>357,00</b>	<b>125,00</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** NOTA FISCAL NO VALOR DE R\$ 130,00 E RECIBO NO VALOR DE R\$ 102,00 NÃO FORAM AVALIADOS, VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: PEDRO DOS SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	357,00	125,00	125,00
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>357,00</b>	<b>125,00</b>	<b>125,00</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 357,00**TOTAL AVALIADO:** 125,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 125,00

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190511530**

**Vítima: PEDRO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 23/04/2019**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PEDRO DOS SANTOS**

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

**Recebedor: PEDRO DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 125,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000004470**

**Conta: 000000003913-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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: 610.364.555-72 4 - Nome completo da vítima: Pedro dos Santos

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

5 - Nome completo: Pedro dos Santos 6 - CPF: 610.364.555-72  
7 - Profissão: Lavador 8 - Endereço: Rua do Amparo 9 - Número: 514 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Pólvora 12 - Cidade: Monte Bonito 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.560-000  
15 - E-mail: alisanti@uol.com.br 16 - Tel. (DDD): (99) 3818-4301

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:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4470 CONTA: 00003913 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impresso digital de vítima ou beneficiário não atestado

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, Monte Bonito, 28 de Junho de 2013

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DO PEDRO GARCIA MORENO

No. DO REG: 651029  
CNE:DATA: 23/04/2019  
SETOR: 05-SUTURA

HORA: 09:39

USUARIO: APSCARVALHO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: PEDRO DOS SANTOS  
 IDADE: 54 ANOS  
 SEXO: MASCULINO  
 ENDERECO: RUA DOVA DA ONCA  
 BAIRRO: ZONA RURAL  
 CIDADE: ITABAIANA  
 ESTADO: SE  
 CEP: 49500-00  
 TELEFONE: 00  
 DATA DE NASCIMENTO: 14/02/1965  
 TIPO DE RESIDENCIA: O PROPRIO  
 ACIDENTAMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
 CATEGORIA: POLICIAL: NAO  
 TRABALHO: NAO

DOC.: 1007086  
 SEXO: MASCULINO  
 NUMERO: 00

CEP: 49500-00  
 UF: SE  
 CIDADE: DE JESUS  
 TEL: 00

TRABALHO: NAO

EXAME: ☐ RAIO X  
☐ LIQUOR  
☐ SANGUE  
☐ ECG  
☐ URINA  
☐ TC  
☐ ULTRASSONOGRAFIA

EXAME COMPLEMENTAR: ☒ RAIO X  
☐ LIQUOR  
☐ SANGUE  
☐ ECG  
☐ URINA  
☐ TC  
☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS: *Adm. de Col. de*  
*Adm. de Col. de*  
*Adm. de Col. de*  
 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *Adm. de Col. de*  
 HISTORIA DA ENFERMAGEM: *Adm. de Col. de*

DIAGNOSTICO: CID: *Adm. de Col. de*

PRESCRICAO: *Adm. de Col. de*

*Adm. de Col. de*  
*Adm. de Col. de*  
*Adm. de Col. de*

DATA DA SAIDA: *Adm. de Col. de*

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA

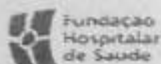
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *Adm. de Col. de*

REFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): *Adm. de Col. de*

ATE 48HS ☐ APÓS 48HS ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: *Adm. de Col. de*

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO: *Adm. de Col. de*



# HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UP: PRONTO SOCORRO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



☐ BUSCA ESPONTÂNEA

☐ AMBULÂNCIA

☐ ENCAMINHAMENTO

☐ GESTANTE

☐ SAMU

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

☐ CORPO DE BOMBEIRO

Duração da Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico:

Alergias: ☐ Sim ☐ Não, Qual?

História Pregressa: ☐ DM ☐ Cardiopatias  
☐ HAS ☐ Etilista ☐ Tabagista

Escala de Intensidade da Dor



Escala de Coma de Glasgow

Sinais Vitais						Escala de Coma de Glasgow			TOTAL
FC (bpm)	PA (mmHg)	SpO2 (%)	Tax (bpm)	PR (mmHg)	GLC (mG/L)	Peso (Kg)	Aberto Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora

Sistema Nervoso

Sistema Respiratório

Sistema Cardiovascular

Consciente	Inconsciente	Eupnéico	Tosse	Normocárdico	Hipertenso
Orientado	Desorientado	Oxiopnéia	Hemoptise	Hipertenso	Normotenso
Torpor	Confuso	Taquipnéico	Secreção	Dor Torácica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercoastal	Tir. Subcostal	Angina	Precordialgia
Isocoria	Miíase	Dispneico	Bradipnéico	P. Ritmico	P. Arritmico
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Sistema Geniturinário

Sistema Osteoarticular

Flácido	Hematemese	Anúria	Micúria	C/Sedimentos	Artroalgia	Atrofia
Globoso	Melena	Colúria	Hematuria	Giordano	Cervicalgia	Lombalgia
Êmese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmos	Contractura
Pirose		Disúria	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplegia
Diarréia		Bexigoma	Limpido e Claro		Paraplegia	
Rígido		Diurese Concentrada			Suspe. Fratura (Qual)	

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim  
Qual?

Especialidade:

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Ortopédico ☐ Enfermagem

Classificação de Risco

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

☐ Azul ☐ Verde ☐ Amarelo ☐ Vermelho

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

≠ ORTOMÉDIA

Incidente vítima do queda da moto com dor em ombro @ e coluna lombar. Ra = fx da omómero proximal @ sem desvio

Data/Hora

Anotação de Enfermagem

Ed = Imobilização  
AINE

Dr. Vinicius Sobral  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 5489



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 651029  
CNS:DATA: 23/04/2019  
SETOR: 05-SUTURA

HORA: 09:39

USUARIO: APSCARVALHO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : PEDRO DOS SANTOS  
IDADE : 54 ANOS  
NASC: 14/02/1965DOC....: 1007086  
SEXO....: MASCULINO  
NUMERO: 00ENDRECO : POV COVA DA ONCA  
Bairro: ZONA RURAL  
ELEMENTO : CASA  
UF: SE  
CEP....: 49500-00  
MUNIC : ITABAIANA  
/MARIA ODETE DE JESUS  
TEL....: 00RESPONSAVEL : MANOEL DOS SANTOS  
O PROPRIO

PREVINCIA : ITABAIANA - CENTRO - SE

ACIDENTE : ACIDENTE MOTOCICLISTICO

PLANO DE SAUDE : NAO

VEIO DE AMBULANCIA : NAO

TRABALHO : NAO

TRAUMA: NAO

PESO: [ ]

EXAME COMPLEMENTARES: [X] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: *Vit. de Colúmbio.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/1**meta. com fe 25h. neg. vir. dengue, hantavírus, etc. 1**lesão de dente A 3 com fratura. Com RCT - não preenchido.**do. de - outro d. de.*AÇÕES DA ENFERMAGEM: *Passado em 2 Chave de dor.*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Dipirona 0,1 Am Fm**DAU-C3MFOK**2 AFEM TA. 160m.**4 N. Otoprelo.*

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

[ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Dr. Ax. Tavares (AP/**Recebe (AP)**Orlando (AP/1P), 13.28 12/24**CB-11: FCL em supercílio*  
*Dr. Fernando Pardo Nogueira*  
*Clínica Bucal Maxilo-Facial*  
*CRM 11673*

☐ BUSCA ESPONTÂNEA

☐ AMBULÂNCIA

☐ ENCAMINHAMENTO

☐ GESTANTE

☐ SAMU

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

☐ CORPO DE BOMBEIRO

Duração da Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico:

Alergias: ☐ Sim ☐ Não. Qual?

História Progressiva:

☐ DM

☐ Cardiopatias

☐ HAS

☐ Etilista

☐ Tabagista

Escala de Intensidade da Dor



Escala de Coma de Glasgow:

Sinais Vitais:							Escala de Coma de Glasgow:			TOTAL
FC (bpm)	FR (rpm)	SP02 (%)	Tax (°C)	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	

Sistema Nervoso

Sistema Respiratório

Sistema Cardiovascular

Consciente	Inconsciente	Eupneico	Tosse	Normocárdico	Hipotenso
Orientado	Desorientado	Ortopnéia	Hemoptise	Hipertenso	Normotenso
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Torácica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Precordialgia
Isocoria	Miíase	Dispneico	Bradipneico	P. Rítmico	P. Arritmico
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Sistema Geniturinário

Sistema Osteoarticular

Flácido	Hematêmese	Anúria	Mictúria	C/Sedimentos	Artralgia	Atrofia
Globoso	Melena	Colúria	Hematuria	Giordano	Cervicalgia	Lombalgia
Êmese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmos	Canal de
Pirose		Distúria	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplegia
Diarreia		Bexigoma	Limpido e Claro		Paraplegia	
Rígido		Duressa Concentrada	+	-	Susp. Fratura Quil	

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim  
Qual?

Especialidade:

☐ Clínico

☐ Cirúrgico

☐ Pediátrico

☐ Ortopédico

☐ Enfermagem

Classificação de Risco

☐ Azul

☐ Verde

☐ Amarelo

☐ Vermelho

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

08/08/2016

Incidente vítima do queda de moto com dor em ombro e coluna lombar. Rx = fr do umero proximal e sem desvio

Data/Hora

Anotação de Enfermagem

Ed. Imobilizada  
AINE



# MUNICÍPIO DE ITABAIANA

Secretaria Municipal da Fazenda

Departamento Tributário - Rua Francisco Santos, Nº 160 - Centro - CEP: 49.500-000 - Itabaiana/SE Telefone: (79) 3431-9711

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Período de Competência

Município de Prestação do Serviço

06/2019

Exigibilidade do ISS

Exigível em Itabaiana

Emissão (Horário de Brasília)

26/06/2019 09:46:41

Reg: Especial Tributação

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

CENTRO INTEGRADO DE DIAGNÓSTICO LTDA-EPP

Nome Fantasia

CLINICA INTEGRADO DE DIAGNOSTICO

CPF/CNPJ

11.712.524/0001-21

Inscrição Municipal

5935048

Inscrição Estadual

ISENTO

Simplex Nacional

Sim

Email

semedi@infonet.com.br

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(79) 3431-5000

Endereço

AVENIDA IVO DE CARVALHO, 335, CENTRO - CEP: 49500-064 - Itabaiana - SE

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

PEDRO DOS SANTOS

CPF/CNPJ

610.364.555-72

Endereço

POV COVA DA ONÇA, S/N, AREA RURAL - CEP: 49560-000 - Moita Bonita - SE

SERVIÇO PRESTADO

0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8640202

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A SERVIÇOS METODOS E DIAGNOSTICOS

### RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)

0,00

COFINS (R\$)

0,00

INSS (R\$)

0,00

IR (R\$)

0,00

CSLL (R\$)

0,00

Outras Retenções (R\$)

0,00

### VALORES

Valor dos Serviços (R\$)

130,00

Deduções (R\$)

0,00

Desconto Incondicionado (R\$)

0,00

Base de Cálculo (R\$)

130,00

Alíquota (%)

4,1700

ISS (R\$)

5,42

ISS Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)

0,00

Valor Líquido (R\$)

130,00

Valor Total da Nota (R\$)

130,00

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Contribuinte Optante do Simplex Nacional

Visualizado em: 26/06/2019 09:46:39

Para validação desta NFS-e acesse: <https://itabaianase.webiss.com.br/externo/nfse/validar>  
Esta NFS-e foi emitida com respeito ao Decreto nº 011 de 12 de fevereiro de 2016.



RECIBO

Nº: \_\_\_\_\_

Recebi do Sr(a) Pedro dos Santos  
CPF: 610.364.555-72,  
a importância de R\$ 102,00 (cento e dois  
reais), relativo às  
despesas médicas.

Itaboraí, 40 106 / 19

Fabio Franca

Fabio Franca Fontes  
Ortopedia  
CRM 1950

Carimbo e Assinatura

CPF 52 948405-71

Gráfica Fontes (Jod) (79) 99973-0836 / 3431-5908

# PROTOCOLO - SEMEDI

AV. TREZE DE JUNHO, 695

CENTRO - 47500000 - ITABAIANA - SE - 1793423-5000

PAG: 1

PROTOCOLO: 1405183 / Unidades 1 - S E M E D I

CLIENTE : 224782 - PEDRO DOS SANTOS

CONVENIO : 90 - AMB - ITABAIANA

DATA: 10/06/2019

FOR.: 139-ROBERTA KELLY SEAB

PROCED.: DESBENTCAO

DATA ENTREGA HORA ENTREGA

COD: CONSULTA ORTOPEDICA

11/06/2019 15:00

Total Geral de Itens: 1

TOTAL DO PROTOCOLO ==> R\$ 125,00

Este PROTOCOLO devera ser entregue para a retirada do(s) resultado(s) de exame(s).

- \* O paciente tem o prazo de 02 meses para retirar estes exames. Apos este periodo, os mesmos so poderao ser entregues na forma de 2a.via do laudo.
- O Paciente tem o prazo de 30 dias para fazer o retorno da consulta. Apos este periodo sera cobrado uma nova consulta.Exceto IPES que sao 15 dias.
- O Paciente que vier fazer exame laboratorial e deixar material pendente tera o prazo de 10 dias para entregar, caso nao entregue ate esse prazo o exame vai ser liberado sem o material que ficou pendente.
- O SETOR DE ENTREGA DE EXAMES FUNCIONA DE SEGUNDA A SEXTA DAS 06:30 as 16:30 E AOS SABADOS DAS 06:30 AS 12:30.
- OBS: O SETOR DE ENTREGA DE EXAMES NAO FUNCIONA AOS DOMINGOS E FERIADOS.



