



Número: **0019955-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/04/2020**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILSON BEZERRA DA SILVA (AUTOR)		sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69713810	19/10/2020 14:09	<a href="#">2731770_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo: 00199558220208172001**

**MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **WILSON BEZERRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA**

**FALTA DE PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS**

Verifica-se que não consta nos autos qualquer instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, violando a regra esculpida no art. 104 do CPC.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido, no ombro direito, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 <small>Administradora de Seguros DPVAT</small>		
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3180361477	Cidade: Bezerros	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: WILSON BEZERRA DA SILVA	Data do acidente: 01/07/2018	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
<p>Data da análise: 24/10/2018</p> <p>Valoração do IML: 0</p> <p>Perícia médica: Não</p> <p>Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.</p> <p>Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.</p> <p>Sequelae permanentes:</p> <p>Sequelae: Sem sequela</p> <p>Conduta mantida:</p> <p>Quantificação das sequelae:</p> <p>Documentos complementares:</p> <p>Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.</p>				
<b>DANOS</b>				
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

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no ombro direito em grau médio (50%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no ombro direito, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o ombro direito possuía amplitude de movimentos preservada, sem a presença de sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 16 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 19/10/2020 14:09:01  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101914090173600000068360747>  
Número do documento: 20101914090173600000068360747

Num. 69713810 - Pág. 3



Número: **0019955-82.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/04/2020**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILSON BEZERRA DA SILVA (AUTOR)		sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69713811	19/10/2020 14:09	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Aristoteles Ferreira Campos,  
RG: 6.415.766, data de expedição 06/10/2014  
Órgão SDS, portador do CPF 053.699.074-01, com  
domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)  
Rua Jose Gonzaga dos Santos, nº 37,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, que o veículo  
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Wilson Bezerra da Silva,  
cujo o conduto era Wilson Bezerra da Silva.  
Veículo: Moto

Modelo: Honda / CG 160 START

Ano: 2016/2017

Placa: P D G 6492

Chassi: 9C2KC2500HR003275

Data do Acidente: 01/07/2018

Local e data do cartório: 24 JUL 2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO  
Rua Dr. José Mariano, 52 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3726-1162  
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 24/07/2018 08:25:10  
ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS, Dou fe,  
Em testemunho da verdade. Custas R\$ 3,99  
TSH R\$ 0,50  
Marilyn Vasconcelos Lima - Escrevente Total R\$ 4,49  
Selo Digital N. 0077727.TC506201801.04876  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DO SAMU



SAMU  
192

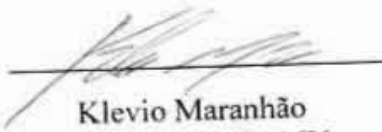
**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Wilson Bezerra da Silva, Identidade 8788188 SDS-PE, CPF 101.095.614-06 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao Sr. Wilson Bezerra da Silva, número da ocorrência – ID 0488, no dia 01 de julho de 2018, às 19h e 12min, com queixa de queda de moto, na Avenida Agamenon Magalhães, Bairro Centro, Bezerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 20 de julho de 2018.



  
Klevio Maranhão  
Coord. RUE- SAMU  
Bezerros-PE

Klevio Maranhão  
Coord. Têcnico da Rede de Urgência  
e Emergência Bezerros  
Mat. 690961

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 – Bezerros – PE  
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34







## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Wilson Bezerra da Silva CPF da Vítima 101.095.614-06 Data do Acidente 07/07/2018

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal Wilson Bezerra da Silva CPF do Representante legal 101.095.614-06  
Email \_\_\_\_\_ Telefone (DDD) \_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o ~~caso de acidente~~ <sup>caso de acidente</sup> de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bezerra, 26 de 07 de 2018  
Local e Data

Wilson Bezerra da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017

23/07/2018

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0181001362

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/07/2018 às 16:21

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 1/7/2018 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 01, AVENIDA AGAMENON MAGALHÃES, - Bairro: COHAS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CURVA APÓS O FORUM**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ AUTORIA (AUTOR / AGENTE)  
WILSON BEZERRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WILSON BEZERRA DA SILVA

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

**WILSON BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA** Pai: **LUIZ BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/9/1991** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8788188/SDS/PE (RG) 10109561406 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**  
Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SOLDADOR**  
Endereço Residencial: **RUA PADRE CICERO, 54 - CEP: 0 - Bairro: RETIRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HÁ AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: , Cargo do Representante: , Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: , Telefone de Contato: ,

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WILSON BEZERRA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Placa: **PDG6492 (PERNAMBUCO/BEZERROS)** Renavam: **1106377726** Chassi: **9C2KC2500HR003275**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCO-GASOL**  
Descrição: **MOTOCICLETA CG 160 START. PROPRIETARIO: ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS**

Complemento / Observação

A VITIMA WILSON BEZERRA DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ONDE PASSOU A DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO, ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO VINDO DO CENTRO DA CIDADE COM DESTINO AO BAIRRO DO RETIRO, QUANDO NO TRAJETO NAS PROXIMIDADES DO FORUM DESTA CIDADE, NA CURVA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E BATEU NA GUIA JUNTO AO CANTEIRO CENTRAL DA AVENIDA, MEMENTO QUE CAIU AO CHÃO SENDO EM SEGUIDA SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL); ONDE A VITIMA FOI ATENDIDA CONFORME FICHA COM REGISTRO DE Nº89.317 ASSINADA PELO MEDICO BRUNO LUIZ CAXIAS - CRM /PE 23810, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU- PE; CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO APRESENTADA PELA PRÓPRIA VITIMA, FICANDO ELE VITIMA INTERNADO COMO CONSTA NAS CITADAS DECLARAÇÕES, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO,

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

*Wilson Bezerra da Silva*  
**WILSON BEZERRA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

101.095.614-06

Nome completo da vítima

Wilson Bezerra da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Wilson Bezerra da Silva		CPF titular da conta 101.095.614-06	Profissão Aposentado - SR
Endereço Rua Pe. Pires		Número 54	Complemento
Bairro Centro	Cidade Bezerros	Estado PE	CEP 55660-000
Email		Telefone (DDD) 81 9323-0009	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

COMPREV

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				
<input type="checkbox"/> BRADIESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)				
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				
AGÊNCIA BRO 2392	D/V	CONTA BRO 86926	D/V	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)				
BANCO Nome				
AGÊNCIA BRO				
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		

07 AGO 2018

PROTOCOLO

RECIFE

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bezerros, 26 de 07 de 2018

Local e Data

Wilson Bezerra da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



Conta

<b>CAIXA</b>	
CONTA CAIXA	
NOME:	Wilson B da Silva
AGÊNCIA	2492, 013, 86926-3
OPERAÇÃO	CONTA
<b>GRACRED</b>	

<b>COMPREV</b>
COMPREV 1992 AGENCIA S/A
07 AGO 2018
<b>PROTOCOLO</b>
AGENCIA RECIFE



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180361477**

Vítima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: **01/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180361477**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01/20101202 - carta\_04 - INVALIDEZ

00050601



Carta nº 13520894



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180361477**  
Vítima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**  
Data do Acidente: **01/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180361477**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00711/00712 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050356



Carta nº 13210941



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180361477**

Vítima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: **01/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180361477**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13207154

Pag. 00693/00694 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020347



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180361477 Cidade: Bezerros Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: WILSON BEZERRA DA SILVA Data do acidente: 01/07/2018 Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### DANOS

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

### ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286345/18

Número do Sinistro: 3180361477

Vítima: WILSON BEZERRA DA SILVA

CPF: 101.095.614-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: WILSON BEZERRA DA SILVA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/10/2018  
Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA  
CPF: 101.095.614-06

WILSON BEZERRA DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 09R17

SECRETARIA DE REVENUE E FINANÇAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CAPACITAÇÃO

*Wilson Bezerra da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.788.188 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/2009

NOME << WILSON BEZERRA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << LUIZ BEZERRA DA SILVA >>  
<< MARIA JOSÉ BEZERRA DA SILVA >>

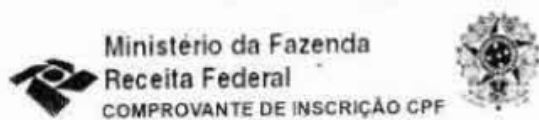
NATURALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 12/09/1991

DOC. ORIGEM << CN. 19893 L.A35 F.228 CART. 1º  
BEZERROS-PE 14.09.1992 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEIA Nº 118 DE 2008



Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
101.095.614-06

Nome  
WILSON BEZERRA DA SILVA

Nascimento  
12/09/1991



*Comprovante*





CONTRAN





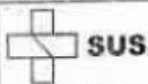












Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

9 - SEXO

Fem

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

320982

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

História de paciente de longa data, apresentando dor no ombro direito, com limitação de movimento.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão do m. coracodorsal

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) IOF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) IOF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Atendimento: 425737

Pedido:   
106990

Data Pedido: 01/07/2018

Controle: 86638

Paciente: 320987 WILSON BEZERRA DA SILVA

Nascimento: 12/09/1991 (26a 9m 20d)

Leito:

Unid. Intern:

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Sexo: MASCULINO

Sector Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA

Local: SALA DE EXAME




Sector Executante: RADIOLOGIA

Plano: PLANO UNICO

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante:	0 - Não Informado			Entrega
Accession Number	*Access. N. Hex	Código	Descrição	
223899		871	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITO (AP)	01/07/2018
223900		1075	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP)	01/07/2018
223901		1054	RADIOGRAFIA DE TORAX (AP)	01/07/2018



**RX - REALIZADO**

DATA

01/07/18

HORA

23:10

TC



H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

# PRESCRIÇÃO MEDICA

REG. 780782

01/09/18

PACIENTE: Wilson Aguiar da Silva

HORÁRIO

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

ITEM

- 01 DIETA PARA DM + HAS *dieta livre S.N.D.*
- 02 JELCO: HIDROLISADO
- 03 SF0.9%: 1000 ML, EV, EM 24H *500ml*
- 04 DAPIRONA 500mg/ml: 01 AMP + AD, EV, 6/H
- 05 OMEPRAZOL 40MG 01 AMP + DILUENTE PRÓPRIO EV EM JEJUM *OGF 27/6*
- 06 TRAMAL 100MG: 01 AMP + SF 0,9% 100ML EV ATÉ DE 6/H SE DOR INTENSA
- 07 PLASIL 01 AMP + AD, EV, 8/H SE NÁUSEA OU VÔMITOS
- 08 CEEAXANE 40MG - 01 AMP SC 24/24H *500ml*
- 09 PAE HGT DE 6/H
- 10 CAPTOPRIL 25 MG, 01 COMP, VO SE PAS  $\geq$  160 mmHg E/OU PAD  $\geq$  110 mmHg
- 11 INSULINA REGULAR, SC, CONFORME HGT  
\* 70 a 200: nada; \* 201 a 250: 04 UI; \* 251 a 300: 06 UI; \* 301 a 350: 08 UI; \* 351 a 400: 10 UI; \* >401: 12 UI
- 12 GLICOSE 50%: 03 AMP IV EM BOLUS SE HGT  $\leq$  70MG/DL E COMUNICAR AO PLANTÃO
- 13 CURATIVO DIÁRIO
- 14 SSVV + CCGG

COMPREV

COMPREV

COMPREV

07 AGO 2018

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuario da Internação  
JOSILDOMSJ



426259



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

<b>1 - Identificação do Paciente</b>		Data Int.: 03/07/2018 17:03	Atendimento: 426259	Nº AIH:
Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA		Prontuário: 320987		
Data Nasc.: 12/09/1991	Idade: 26	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Religião:
CPF:	RG:	CNS:		Nº: 25
Endereço: RUA DOIS		Cidade: BEZERROS	Estado: PE	
Bairro: RETIRO	CEP: 55660000	Fone: 93156766	Profissão: AGRICULTOR	
Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA				
Nome do Conjuge:				
Nome:		RG:	Fone:	
Parentesco:				

**2 - Internar Para**

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Leito: CORREDOR - EMERG ADULT
Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO	
Diagnostico Inicial (Constante do Laudo Médico):	CID:
Procedimento Solicitado:	CÓD.:
Procedimento Realizado:	CÓD.:

**3 - Atendimento Médico**

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

**4 - Procedimentos Especiais**

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI RH
- ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL



**5 - Historia Clínica**

--

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

**MOTIVO DE ALTA**

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
03/07/2018 17:03		





Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		<b>CARTÃO DO SUS:</b>		<b>REGISTRO:</b> 269-317	
<b>DATA:</b> 01-07-18		<b>HORA:</b> 19:37		<b>TELEFONE:</b>	
<b>NOME:</b> WILSON BEZERRA DA SILVA				<b>IDADE:</b> 27	
<b>NOME DA MÃE:</b> Maria José Bezerra da Silva					
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>		<b>ACOMPANHANTE:</b>			
<b>END.:</b> R. São Lucas		<b>BAIRRO:</b> RETIRO		<b>N.º:</b> 42	
<b>CIDADE:</b> BEZERRAS		<b>SINAIS VITAIS</b>			
<b>PA:</b> 130/80 mmHg	<b>HGT:</b> 82 mg/dL	<b>T:</b> °C	<b>PESO:</b> kg	<b>Téc. Enfermagem/COREN</b>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO</b>					
<b>I - Sinais de Emergência Imediata</b>					
<b>CLASSIFICAR COMO VERMELHO</b>					
1. <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> FC < 50 ou > 140 bpm <input type="checkbox"/> FR < 10 ou > 32 lpm					
2. <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Enchimento capilar letificado <input type="checkbox"/> Pulso fraco ou ausente <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Sudorese					
3. <input type="checkbox"/> PAS < 80 ou > 200 mmHg <input type="checkbox"/> PAD < 40 ou > 130 mmHg <input type="checkbox"/> HGT < 40 ou > 11 mg/dL <input type="checkbox"/> Convulsão no momento					
4. <input type="checkbox"/> Politraumático/Glasgow < 12 <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios					
5. <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> Sangramento intenso					
6. <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Anafilaxia associada à insuficiência respiratória					
<b>II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação</b>					
<b>CLASSIFICAR COMO AMARELO</b>					
1. <input type="checkbox"/> Politraumático com Glasgow entre 13 e 15 <input type="checkbox"/> TCE leve <input type="checkbox"/> PAS < 90 ou > 180 mmHg <input type="checkbox"/> PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas					
2. <input type="checkbox"/> Febre > 39°C <input type="checkbox"/> Febre com imunodepressão <input type="checkbox"/> Histórico de convulsão nas últimas 24 horas <input type="checkbox"/> Impossibilidade de deambulação					
3. <input type="checkbox"/> Tumor pastoso <input type="checkbox"/> Mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Vômitos no momento					
4. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% <input type="checkbox"/> Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas					
5. <input type="checkbox"/> Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa					
6. <input type="checkbox"/> Dor Abdominal intensa <input type="checkbox"/> Dor Torácica intensa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Epistaxe					
7. <input type="checkbox"/> Acidente perfuro-cortante com material biológico <input type="checkbox"/> Crise asmática					
<b>III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo</b>					
<b>CLASSIFICAR COMO VERDE</b>					
1. <input type="checkbox"/> Febre sem outros sinais clínicos < 39°C <input type="checkbox"/> Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora					
2. <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa <input type="checkbox"/> Entorse, suspeita de fraturas, luxações					
3. <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais <input type="checkbox"/> Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia					
4. <input type="checkbox"/> Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Dor de ouvido moderada a grave					
5. <input type="checkbox"/> História de convulsão sem alteração do nível de consciência <input type="checkbox"/> Abscessos <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas					
<b>IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)</b>					
<b>CLASSIFICAR COMO AZUL</b>					
1. <input type="checkbox"/> Queixas crônicas sem alterações agudas <input type="checkbox"/> Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal <input type="checkbox"/> Coriza crônica ou recorrente					
2. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas					
3. <input type="checkbox"/> Troca de curativos ou retiradas de pontos					
4. <input type="checkbox"/> Administração de medicamento <input type="checkbox"/> Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.					
5. <input type="checkbox"/> Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional <input type="checkbox"/> Solicitação de exames e receitas não urgentes					
6. <input type="checkbox"/> Constipação intestinal sem outros sintomas <input type="checkbox"/> Troca ou retirada de sonda					
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>					
<input type="radio"/> Vermelho					
<input type="radio"/> Amarelo					
<input type="radio"/> Verde					
<input type="radio"/> Azul					
<b>ENCAMINHADO:</b>					
<b>ORIENTAÇÕES</b>					
				<b>Assinatura da enfermeira e carimbo</b>	
				<b>Assinatura da Assistente Social e carimbo</b>	

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à



# EXAME NEUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea

Abertura Ocular a Voz

Abertura Ocular a dor

Sem abertura ocular

RESPOSTA VERBAL

Orientado

Confuso

Resposta Inapropriada

Sons Incompreensíveis

Sem resposta Verbal

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando

Localiza Estímulo Doloroso

Retirada ao Estímulo Doloroso

Descorticação

Descerebração

Sem resposta motora

TOTAL DE PONTOS ECG

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

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

Dificuldade na fala ( )

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

## NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S ( ) N ( )

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

Lesões Intra-abdominais: S ( ) N ( ) Fratura em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

## USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S ( ) N ( ) Informante: Vitima ( ) Outros ( )

Estado Alucinatorio: S ( ) N ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )

Usou outras drogas: S ( ) N ( ) Informante: Vitima ( ) Outros ( )

Lóide ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança-perfume ( ) Anfetaminas ( ) Éxtase ( )

## CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S ( ) N ( )

Imobilização Torax-Gessada: S ( ) N ( )

Antibiototerapia: S ( ) N ( ) Especificar

Oxigenoterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

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

Intubação Orotraqueal: S ( ) N ( )

Ventilação Mecânica: Modalidade

PCO2

Reanimação Cardiopulmonar: S ( ) N ( )

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

Infusão de Fluidos: S ( ) N ( ) Especificar

Volume de Fluidos Infundido

Outras Condutas

Intercorrências

COMPREV

AGÊNCIA S/A

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

07 AGO 2018

Fratura fechada

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado

Hora

Médico Regulador

Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N ( )

UMS, 01/04/2013

Local e data

Bozina, 04/07/13

Médico Assistente

ASSINADO  
Mário  
CRM - PL 24810

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

PACIENTE: *Wesley Bezerra*

REG.

*426854*  
*320987*

LEITO:

HORÁRIO

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

ITEM

- 01 DIETA LIVRE *RS*
- 02 OMEPRAZOL 20MG: 01 COMP VO EM JEJUM *idc 18*
- 03 DIPIRONA 500MG: 01 COMP VO, 6/6H *18*
- 04 NIMESULIDA 100MG: 01 COMP VO 12/12H SE DOR INTENSA *18*
- 05 SSVV + CCGG
- 06 PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA
- 07 SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO



H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

# PRESCRIÇÃO MEDICA

LEITO:

REG. 320957

HORÁRIO

PACIENTE: *Walden Bezerra de oliveira*

*Walden Bezerra de oliveira*  
CPF: 03.035.335-01  
RG: 12.345.678-9

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

ITEM

01 DIETA LIVRE

02 OMEPRAZOL 20MG: 01 COMP VO EM JEJUM

03 DIPIRONA 500MG: 01 COMP VO 6/6H

04 NIMESULIDA 100MG: 01 COMP VO 12/12H SE DOR INTENSA

05 SSVV + CCGG

06 PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA

07 SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO



*Dr. Leonardo Lima*  
Osteopata - Fatores Biológicos  
CRM: 24452  
05 JUL 2018

*Dr. Leonardo Lima*  
Osteopata - Fatores Biológicos  
CRM: 24452

*Dr. Nilson Pereira*  
Osteopata - Fatores Biológicos  
CRM: 24452





Secretaria de Saúde de <b>HOSPITAL</b>	Camamu - SES/ SUS/ PE <b>JO AGRESTE</b>
<b>ARIO</b>	
Unidade: <u>                    </u>	<u>                    </u>
Nome: <u>                    </u>	<u>                    </u>
Registro N°: <u>                    </u>	
Clinica: <u>                    </u>	Enfermaria: <u>                    </u>

*2º outubro 18*

*AS*

*06 07 18*

*6/11/2018*

*Dr. Nilton Pereira*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 10560

Data:                     

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Elieda Monteiro de Souza

1º Lugar                      2º Concurso 89



Atendimento: 426259

Pedido:   
107346

Data Pedido: 06/07/2018

Controle: 86950

Paciente: 320987 WILSON BEZERRA DA SILVA  
Leito: 256 COR-A-34 Unid. Intern: 14  
Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA  
Setor Executante: RADIOLOGIA  
Convenio: SUS - INTERNACAO  
Motivo: ROTINA



Nascimento: 12/09/1991 (26a.9m 24d)  
CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO

Sexo: MASCULINO

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

Observações:

Médico Executante:	0	Não Informado		
Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
224696		1075	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP)	06/07/2018
224697		923	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (PERFIL)	06/07/2018

RX - REALIZADO  
DATA 06/07/18  
HORAS 13:00  
TC *Felipe*



### 3 - Evolução / Exames

[illegible]

**Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido**

(X) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Wilson Borges da Silva  
Endereço: R. 02 Bda. Pôr. Páguas Rt  
Data: 06/07/18

RG: 8788189 SDS-7E  
Tel.: 81-993210009

Tel.: 81-993210009

Data: 06/07/18

Julio Cesar Bezerra da Silva  
Assinatura

### Autorização de Procedimento

☐ Paciente      ☐ Familiar

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Procedimento: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_ 07 AGO 2018

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura

**Diag. Definitivo:**

Destino do Paciente
1. Hospital de Referência
2. Hospital de Urgência
3. Hospital de Especialidade
4. Hospital de Longa Permanência
5. Hospital de Diagnóstico
6. Hospital de Tratamento
7. Hospital de Reabilitação
8. Hospital de Cuidados Paliativos
9. Hospital de Cuidados de Longo Prazo
10. Hospital de Cuidados de Curto Prazo
11. Hospital de Cuidados de Alta Intensidade
12. Hospital de Cuidados de Baixa Intensidade
13. Hospital de Cuidados de Atenção Primária
14. Hospital de Cuidados de Atenção Secundária
15. Hospital de Cuidados de Atenção Terciária
16. Hospital de Cuidados de Atenção Quaternária
17. Hospital de Cuidados de Atenção Quinária
18. Hospital de Cuidados de Atenção Sextária
19. Hospital de Cuidados de Atenção Sétima
20. Hospital de Cuidados de Atenção Oitava
21. Hospital de Cuidados de Atenção Nona
22. Hospital de Cuidados de Atenção Décima
23. Hospital de Cuidados de Atenção Undécima
24. Hospital de Cuidados de Atenção Duodécima
25. Hospital de Cuidados de Atenção Treze
26. Hospital de Cuidados de Atenção Quatorze
27. Hospital de Cuidados de Atenção Quinze
28. Hospital de Cuidados de Atenção Dezesseis
29. Hospital de Cuidados de Atenção Dezessete
30. Hospital de Cuidados de Atenção Dezoito
31. Hospital de Cuidados de Atenção Dezenove
32. Hospital de Cuidados de Atenção Vinte
33. Hospital de Cuidados de Atenção Vinte e Um
34. Hospital de Cuidados de Atenção Vinte e Dois
35. Hospital de Cuidados de Atenção Vinte e Três
36. Hospital de Cuidados de Atenção Vinte e Quatro
37. Hospital de Cuidados de Atenção Vinte e Cinco
38. Hospital de Cuidados de Atenção Vinte e Seis
39. Hospital de Cuidados de Atenção Vinte e Sete
40. Hospital de Cuidados de Atenção Vinte e Oito
41. Hospital de Cuidados de Atenção Vinte e Nove
42. Hospital de Cuidados de Atenção Trinta
43. Hospital de Cuidados de Atenção Trinta e Um
44. Hospital de Cuidados de Atenção Trinta e Dois
45. Hospital de Cuidados de Atenção Trinta e Três
46. Hospital de Cuidados de Atenção Trinta e Quatro
47. Hospital de Cuidados de Atenção Trinta e Cinco
48. Hospital de Cuidados de Atenção Trinta e Seis
49. Hospital de Cuidados de Atenção Trinta e Sete
50. Hospital de Cuidados de Atenção Trinta e Oito
51. Hospital de Cuidados de Atenção Trinta e Nove
52. Hospital de Cuidados de Atenção Quarenta
53. Hospital de Cuidados de Atenção Quarenta e Um
54. Hospital de Cuidados de Atenção Quarenta e Dois
55. Hospital de Cuidados de Atenção Quarenta e Três
56. Hospital de Cuidados de Atenção Quarenta e Quatro
57. Hospital de Cuidados de Atenção Quarenta e Cinco
58. Hospital de Cuidados de Atenção Quarenta e Seis
59. Hospital de Cuidados de Atenção Quarenta e Sete
60. Hospital de Cuidados de Atenção Quarenta e Oito
61. Hospital de Cuidados de Atenção Quarenta e Nove
62. Hospital de Cuidados de Atenção Cinquenta
63. Hospital de Cuidados de Atenção Cinquenta e Um
64. Hospital de Cuidados de Atenção Cinquenta e Dois
65. Hospital de Cuidados de Atenção Cinquenta e Três
66. Hospital de Cuidados de Atenção Cinquenta e Quatro
67. Hospital de Cuidados de Atenção Cinquenta e Cinco
68. Hospital de Cuidados de Atenção Cinquenta e Seis
69. Hospital de Cuidados de Atenção Cinquenta e Sete
70. Hospital de Cuidados de Atenção Cinquenta e Oito
71. Hospital de Cuidados de Atenção Cinquenta e Nove
72. Hospital de Cuidados de Atenção Sixenta
73. Hospital de Cuidados de Atenção Sixenta e Um
74. Hospital de Cuidados de Atenção Sixenta e Dois
75. Hospital de Cuidados de Atenção Sixenta e Três
76. Hospital de Cuidados de Atenção Sixenta e Quatro
77. Hospital de Cuidados de Atenção Sixenta e Cinco
78. Hospital de Cuidados de Atenção Sixenta e Seis
79. Hospital de Cuidados de Atenção Sixenta e Sete
80. Hospital de Cuidados de Atenção Sixenta e Oito
81. Hospital de Cuidados de Atenção Sixenta e Nove
82. Hospital de Cuidados de Atenção Setenta
83. Hospital de Cuidados de Atenção Setenta e Um
84. Hospital de Cuidados de Atenção Setenta e Dois
85. Hospital de Cuidados de Atenção Setenta e Três
86. Hospital de Cuidados de Atenção Setenta e Quatro
87. Hospital de Cuidados de Atenção Setenta e Cinco
88. Hospital de Cuidados de Atenção Setenta e Seis
89. Hospital de Cuidados de Atenção Setenta e Sete
90. Hospital de Cuidados de Atenção Setenta e Oito
91. Hospital de Cuidados de Atenção Setenta e Nove
92. Hospital de Cuidados de Atenção Oitenta
93. Hospital de Cuidados de Atenção Oitenta e Um
94. Hospital de Cuidados de Atenção Oitenta e Dois
95. Hospital de Cuidados de Atenção Oitenta e Três
96. Hospital de Cuidados de Atenção Oitenta e Quatro
97. Hospital de Cuidados de Atenção Oitenta e Cinco
98. Hospital de Cuidados de Atenção Oitenta e Seis
99. Hospital de Cuidados de Atenção Oitenta e Sete
100. Hospital de Cuidados de Atenção Oitenta e Oito
101. Hospital de Cuidados de Atenção Oitenta e Nove
102. Hospital de Cuidados de Atenção Noventa
103. Hospital de Cuidados de Atenção Noventa e Um
104. Hospital de Cuidados de Atenção Noventa e Dois
105. Hospital de Cuidados de Atenção Noventa e Três
106. Hospital de Cuidados de Atenção Noventa e Quatro
107. Hospital de Cuidados de Atenção Noventa e Cinco
108. Hospital de Cuidados de Atenção Noventa e Seis
109. Hospital de Cuidados de Atenção Noventa e Sete
110. Hospital de Cuidados de Atenção Noventa e Oito
111. Hospital de Cuidados de Atenção Noventa e Nove
112. Hospital de Cuidados de Atenção Cem
113. Hospital de Cuidados de Atenção Cem e Um
114. Hospital de Cuidados de Atenção Cem e Dois
115. Hospital de Cuidados de Atenção Cem e Três
116. Hospital de Cuidados de Atenção Cem e Quatro
117. Hospital de Cuidados de Atenção Cem e Cinco
118. Hospital de Cuidados de Atenção Cem e Seis
119. Hospital de Cuidados de Atenção Cem e Sete
120. Hospital de Cuidados de Atenção Cem e Oito
121. Hospital de Cuidados de Atenção Cem e Nove
122. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Um
123. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Dois
124. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Três
125. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Quatro
126. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Cinco
127. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Seis
128. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Sete
129. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Oito
130. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Nove
131. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Dez
132. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Onze
133. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Doze
134. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Treze
135. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Quatorze
136. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Quinze
137. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Dezesseis
138. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Dezessete
139. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Dezoito
140. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Dezenove
141. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Vinte
142. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Vinte e Um
143. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Vinte e Dois
144. Hospital de Cuidados de Atenção Cento e Vinte e Três
145

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido  
( ) Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

### Condição de Alta

( ) Curado    ( ) Melhorado    ( ) Inalterado    ( ) Óbito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_

7/1/2018 10:46:24 PM  
2 de 2

Usuario do Atendimento  
ROSANGELASSB





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 425737 Prontuário: 320987  
Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião: 05107  
Data Nasc.: 12/09/1991 Idade: 26 RG: CNS: Nº: 25  
CPF: Endereço: RUA DOIS Cidade: BEZERROS Estado: PE  
Bairro: RETIRO Fone: 93156766 Profissão: AGRICULTOR  
CEP: 55660000  
Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA  
Acompanhante:  
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 01/07/2018 22:45

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Lesão de fratura de um dos dedos da mão esquerda.  
Lesão de fratura de um dos dedos da mão esquerda.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

#05107 - Rx de clavícula (D) AP  
- Rx de ombro (D) AP  
- Rx de punho AP

Prescrição:

Dieta:

Horário

Data

COMPREV

AGÊNCIA S/A

07 AGO 2018

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente:

Mike Brown

**Clinica:**

Leito Nº:

DATA

HORA

## EVOLUÇÃO

\* ଅତୀତ

Patients grow, compare  
Clinical trials, learn interactions

CS 1101  
SUNO PREP

By 25-31 Ann  
faint marks  
in between



Dr. Leonard A. Lind  
Grouped - Transcribed  
5-23-54 2:35 PM

05.11.2018

