



Número: **0002981-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56734046	21/01/2020 16:21	Petição Inicial	Petição Inicial
56734047	21/01/2020 16:21	PROCURAÇÃO AD JUDICIA	Procuração
56734048	21/01/2020 16:21	DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
56734051	21/01/2020 16:21	DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
56734052	21/01/2020 16:21	CTPS - IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA	Outros (Documento)
56734054	21/01/2020 16:21	BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
56734055	21/01/2020 16:21	LAUDOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
56734057	21/01/2020 16:21	FOTOS - SEQUELAS	Outros (Documento)
56734059	21/01/2020 16:21	PROCESSO ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação
58320583	20/02/2020 18:11	Despacho	Despacho
58678879	03/03/2020 15:29	Petição	Petição
59100845	11/03/2020 16:28	Despacho	Despacho
59743152	24/03/2020 18:55	Intimação	Intimação
59743153	24/03/2020 18:55	Citação	Citação
64927813	20/07/2020 13:41	Contestação	Contestação
64927830	20/07/2020 13:41	2736066_CONTESTACAO_01	Petição em PDF
64928196	20/07/2020 13:41	ANEXO 1	Outros (Documento)
64928201	20/07/2020 13:41	DOCUMENTAÇÃO PARA VIRTUAL	Outros (Documento)
65540034	30/07/2020 16:01	Certidão	Certidão

65540 036	30/07/2020 16:01	2981-67.2020 COMPANHIA EXCELSIOR 34B	Aviso de recebimento (AR)
66704 820	21/08/2020 09:24	HABILITAÇÃO	Petição (3º Interessado)
67158 269	28/08/2020 16:47	Intimação	Intimação
67206 283	31/08/2020 10:24	Réplica	Petição
64928 203	11/09/2020 15:39	Petição	Petição
67839 627	11/09/2020 15:39	2736066_PETICAO_DE_PROVAS_01	Petição em PDF
69563 300	16/10/2020 09:44	Despacho	Despacho
70950 339	12/11/2020 16:45	Intimação	Intimação
70969 549	13/11/2020 08:46	Petição em PDF	Petição em PDF
71523 206	24/11/2020 15:05	Petição	Petição
71523 212	24/11/2020 15:05	2736066_PETICAO_DE_QUESITOS_01	Petição em PDF
72723 570	17/12/2020 19:34	Laudo	Petição em PDF
72723 571	17/12/2020 19:34	LAUDO 0002981-67.2020.8.17.2001	Laudo Pericial
72917 170	22/12/2020 14:38	Petição	Petição
72917 174	22/12/2020 14:38	2736066_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_01	Petição em PDF
72917 176	22/12/2020 14:38	ANEXO 1	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas
72917 178	22/12/2020 14:38	ANEXO 2	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas
74976 929	10/02/2021 14:27	Petição	Petição
74978 344	10/02/2021 14:27	2736066_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF
74978 355	10/02/2021 14:27	ANEXO 1	Outros (Documento)
75332 858	16/02/2021 18:44	Intimação	Intimação
75431 295	18/02/2021 09:09	Manifestação do laudo	Petição
75496 204	19/02/2021 10:59	Sentença	Sentença
76339 997	04/03/2021 18:15	Intimação	Intimação
76340 001	08/03/2021 07:15	Alvará	Alvará
76511 891	08/03/2021 17:34	Intimação	Intimação
76518 295	08/03/2021 18:57	Impressão de alvará	Petição em PDF

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL
DA COMARCA DE RECIFE/PE.

IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais (atualmente desempregado), portador do RG n.º 8.914.565 SDS/PE e do CPF n.º 122.846.584-31, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua José Bonifácio, n.º 218, Timbó, Abreu e Lima/PE, CEP 53.520-395, por intermédio de seu bastante procurador que esta subscreve, conforme instrumento procuratório incluso, podendo receber intimações, citações, notificações, entre outros, na Rua Joaquim Nabuco, n.º 200, Timbó, Abreu e Lima/PE, vem perante V.Exa., ajuizar a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT
(DPVAT/ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO)

Contra: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS S/A, inscrita no CNPJ sob número 33.054.826/0001-92, situada na Avenida Marques de Olinda, n.º 175, Recife Antigo, Recife/PE – CEP 50.030-000, expondo e requerendo ao final o seguinte:

AB INITIO, diante da situação em que se encontra o promovente, requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso à Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

Douto Julgador, é sabido que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, **nada basta além do simples pedido**, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua o Art. 98 e seguintes do CPC.

Assim, procura-se evitar que alguém tenha frustrada a busca ou a defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios econômicos. Em resumo, a prestação de assistência judiciária visa a assegurar duas garantias fundamentais: a igualdade de todos e o acesso a Justiça.

Prima facie, em atendimento ao disposto no art. 319, VII, do CPC e ainda por se tratar de matéria referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, sendo imprescindível a realização de prova pericial, o autor não opta, inicialmente, pela realização da audiência de conciliação, sem que seja realizada perícia judicial.

-EXPOSIÇÃO FÁTICA:

O Autor foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 28 de setembro de 2019, quando era conduzido na garupa de uma motocicleta pela via pública, momento em que foram trancado por um veículo, tendo o condutor perdido o controle do veículo



e caindo ao solo, com o impacto o Autor sofreu lesões de natureza grave, sendo socorrido pelo motorista do veículo para a UPA DE IGARASSU e posteriormente transferido para o Hospital Miguel Arraes, conforme Boletim de Ocorrência e Laudos Médicos em anexo.

NO LAUDO MÉDICO, atesta que o Autor sofreu TRAUMA EM PÉ ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA COM NECROSE E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO, conforme documentos em anexo.

Devido ao fato do sinistro em tela, decorrer de acidente de trânsito, o Autor de posse de todos os documentos, requereu administrativamente o Seguro Obrigatório DPVAT, sendo que, a seguradora, pagou, através do processo administrativo, a importância de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), conforme comprovante em anexo.

A FENASEG, responsável pelo pagamento das indenizações, afirma que o quantum devido deve obedecer Circular do CNSP-(CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS), que reduz o valor a ser pago afirmando que cada órgão tem um percentual, o que vai de encontro ao art. 3º e 5º ambos da Lei nº 6.194/74.

Acontece que, o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ser reduzindo, visto que, uma norma não pode ficar condicionada a uma diretriz das seguradoras que exploram o seguro obrigatório em nosso país.

A Lei n. 6.194/74 determina que o pagamento do DPVAT, deverá ocorrer dentro de quinze dias, bastando apenas a simples ocorrência do acidente.

A posição da Demandada se confronta com as Leis ns. 6.194/74, e, 8.441/92, que delibera sobre o pagamento do DPVAT, afirmando que o seguro obrigatório, poderá ainda ser requerido a qualquer uma das Seguradora, que façam parte do Convênio.

DA APROPRIAÇÃO INDEVIDA PELA PROMOVIDA:

A Lei nº 11.482/2007, que alterou a Lei nº 6.194/74, atendendo pleito das seguradoras, sendo que, anteriormente, o valor do DPVAT, correspondia à 40 (quarenta) salários mínimos.

O novo texto passou a ter a seguinte redação:

“Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:
I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;
II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; ”

As modificações introduzidas na Lei 6.194/74, que trata do seguro obrigatório de veículos automotores de vias terrestres ou sua carga, a pessoas transportadas ou não, o conhecido Seguro DPVAT, foi atropelada pelo Poder Executivo Federal, vez que as modificações introduzidas vieram apenas reduzir os encargos e contemplar das companhias seguradoras, as quais na grande maioria são multinacionais, e grandes operadores financeiros e grandes Bancos.

Assim foi que a Medida Provisória n.º 340/2006, transformada na Lei



11.482/2007, colocou os beneficiários da Lei 6.194/74 nas mãos das Companhias Seguradoras, em todos os aspectos legais que os beneficiavam, transformando a referida lei numa mera determinação do desejo e da vontade das seguradoras.

Ora, Douto Julgador, foi pago ao autor a importância de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), como o valor estipulado pela norma legal corresponde à R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), de logo, se conclui que a Demandada, deve indenizar o promovente no valor de R\$ 12.825,00 (doze mil oitocentos e vinte e cinco reais), valores estes que devem incidir juros de 1%, retroativos a data do sinistro, por trata-se de crime de apropriação, aplicando-se a Sumula 54 do STJ, no caso em tela.

DO VALOR DO DPVAT, ATRELADO APENAS AO QUANTUM

DA LEI 11.482/2007.

A Lei n. 6.194/74, mesmo com as alterações sofridas pela Lei nº 11.482/2007, em momento algum, faz uso, referência a aludida “Tabela”, como base de calculo, mas tão somente a ocorrência do dano.

A prova do dano fora perfeitamente identificada, apreciada pela seguradora, visto que, já houve um pagamento administrativo, efetuado de forma a menor em prejuízo do autor, no valor de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

O cálculo é simples se o valor da indenização, em casos de invalidez nos exatos termos do Art 3º, inciso II da Lei 11.482/2007, II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), deve a seguradora pagar como forma de indenização o valor da diferença no quantum de R\$ 12.825,00 (doze mil oitocentos e vinte e cinco reais), retroativos a data do pagamento a menor.

Como se não bastasse reduzir os valores do DPVAT, que o faz tomando como base a Resolução tomada pela demandada como amparo, nasce de lavra do CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados) , não tendo força de lei, serve apenas para apoiar o ato ilícito patrocinado pelas seguradoras que exploram esse ramo de atividades em nosso país.

Nunca é demais ratificar que a Lei n. 6.194/74, determina o pagamento da indenização mediante a SIMPLES, ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, no entanto, as seguradora, dentre as quais figura a recorrente, procuram inviabilizar o DPVAT, fundando sua posição em resoluções e circulares, as quais encontram em rota de colisão com o dispositivo legal infra citado.

As provas colecionadas pelo requerente, aponta, retratam a debilidade a que ficou restrito o Autor. Destarte, segundo a determinação legal, será devido o pagamento da indenização mediante a simples ocorrência do acidente e da extensão do DANO por ele provado.

Não encontrando outra forma de solucionar o litígio vem invocar a tutela jurisdicional do Estado, por intermédio de seu órgão judiciário, para dirimir tal conflito.

-DO REQUERIMENTO:

PELO EXPOSTO, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 3º, alínea b, e art. 5º ambos da Lei n. 6.194/74, requerer o seguinte:

1. Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para comparecer à



audiência designada por Vossa Excelência, tendo em vista o interesse em composição para solucionar o feito e realizar perícia médica, para apurar o grau de invalidez sofrido pelo Autor, e em caso de frustração da conciliação, que seja, de logo, intimada a contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, com fundamento no Art. 335, I, do Código de Processo Civil Pátrio;

2. A procedência da presente demanda, para o fim de condenar a requerida ao pagamento da indenização em epígrafe, fundada no pagamento de R\$ 12.825,00 (doze mil oitocentos e vinte e cinco reais), referente ao complemento do seguro Obrigatório DPVAT, em face da invalidez sofrida pelo Autor, ou SUBSIDIARIAMENTE que seja avaliado o grau de invalidez do Autor, através da perícia médica, utilizando os reais percentuais de invalidez para o cálculo da indenização devida ao mesmo, tudo nos conformes determinado pela tabela de invalidez implementada pela Lei nº 11.945/2009.
3. Com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativos a data do sinistro;
4. Seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;
5. Requer ainda a parte autora que caso a parte demanda não pague o valor da condenação no prazo legal de 15 (quinze) dias, passe a incidir sobre o quanto a multa de 10% (dez) por cento;
6. Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente, depoimento pessoal das partes, pericial e documental em anexo, e demais que se fizerem necessárias, as quais desde já ficam requeridas.

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art. 98 e seguintes do CPC, por não ter condições financeiras, no momento, de efetuar o pagamento das custas e despesas processuais, sem prejuízo do seu sustento e de sua família, declaração de hipossuficiência em anexo;

Dá a presente causa o valor de R\$ 12.825,00 (doze mil oitocentos e vinte e cinco reais), para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,
Pede e Espera deferimento.

Recife, 21 de janeiro de 2020.

Bel. Adson José Alves de Farias
OAB/PE 1292-A



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais (atualmente desempregado), portador do RG nº 8.914.565 SDS/PE e do CPF nº 122.846.584-31, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua José Bonifácio, nº 218, Timbó, Abreu e Lima/PE. CEP. 53.520-395.

OUTORGADOS: Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF nº 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS, brasileira, divorciada, portadora do RG nº 7.742.986 SSP/PE e do CPF nº 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosip@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 20 de Janeiro de 2020.

Outorgante: Igor José Felix da Silva



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais (atualmente desempregado), portador do RG nº 8.914.565 SDS/PE e do CPF nº 122.846.584-31, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua José Bonifácio, nº 218, Timbó, Abreu e Lima/PE. CEP. 53.520-395. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 20 de Janeiro de 2020

Declarante: Igor José Felix da Silva



Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA,
RG/CNH nº 8.914.565, órgão expedidor: SDS, UF: PE, CPF: 122.846.584-31,
endereço: RUA JOSÉ BONIFÁCIO, nº 218, TIMBÓ

CEP: 53.520-395, cidade de ABREU E LIMA-PE, telefone(s)
(81) 9.9312-8927, **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do
Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s) exercício(s) 2015 A 2018 por não incorrer
em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da
Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

ABREU E LIMA-PE, 20 de JANEIRO de 20 20.

Igor José Felix da Silva

Assinatura

* Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico:
<http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira. Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

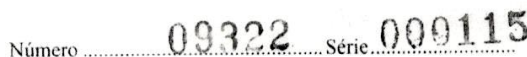
Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Art.

. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.





Assinatura do Portador



Nome: Sgt. José Félix da Silva
 Loc. Nasç. Diadema Est. SP Data 07/12/1995
 Filiação: Sgt. José Félix da Silva
Maria José dos Santos
 Doc. Nº RG: 8.914.565-9 DS PE Ex. 12.01.2010

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
Exp. em/...../..... Estado
Obs.:
Data Emissão 04.09.2013 SRTE 008

Assinatura do Funcionário

Prefeitura Mun. de Abreu e Lima
Adjanne Nunes Rocha de Matos
Assessor de Gabinete
Matrícula 42266

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Nome

Doc...

Nome

Doc....

Nome

Doc...

.....

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

• • • • •

Nascim

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **122.846.584-31**

Nome: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

Data de Nascimento: **07/12/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/09/2013**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:56:36** do dia **11/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A7D4.13C6.5644.D815**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :
Ouvidoria 0800 :
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefon
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE

JOSENEIDE DO CARMO PERCILIO DA SILVA
CPF: 856.487.444-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE BONIFACIO 218

TIMBO/ABREU E LIMA
53520-395 ABREU E LIMA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

20/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

131,88

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

088199309

CONTA CONTRATO

007024883757

Nº DO CLIENTE

2015369327

Nº DA INSTALAÇÃO

000060582

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

C7C0.F705.DB48.EADE.7445.3B52.F44E.3739

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	142,00	0,75727874	107,53
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 080482502-11/10/19			0,87
TOTAL DA FATURA			131,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
113,24	25,00	28,31	113,24	0,44	0,49	113,24	2,02	2,28

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	Dt Reav	Valor	Vencido	Dt Reav	Valor
16/08/19	14/12/19	85,19	17/06/19	09/08/19	109,5
17/07/19	09/08/19	124,88	20/05/19	09/08/19	119,9

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também exis cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer a cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERA

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933000

HISTÓRICO DO CONSUMO

DEZ	19
NOV	19
OUT	19
SET	19
AGO	19
JUL	19
JUN	19
MAI	19
ABR	19
MAR	19
FEV	19
JAN	19
DEZ	18

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	38,24	33,76
Transmissão	4,22	3,73
Distribuição (Celpe)	25,62	22,62
Encargos Setoriais	6,01	5,31
Tributos	31,08	27,45
Perdas de Energia	8,07	7,13
TOTAL	113,24	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003161296790	CAT	12/11/2019 3.405,00	14/12/2019 3.547,00	32	1,00000	0,00	142,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.
		out/2019		
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICR: 0,00	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 42,36				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! karmelia bolsas calçados e ac: av. brasil 33 centro / pop farma: av duque de caxias 590 centroLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **08.693.828/0001-84**
Marcelo B. da Silva Azevedes - ME
 CNPJ/MF **Rua Antônio Vialino, 05 Centro**
 Rua **CEP 53.510-420** Est.
 Município **Abreu e Lima, PE**
 Esp. do estabelecimento **Serviços Gerais**
 Cargo **CBO nº**
 Data admissão **04** de **abril** de **2016**
 Registro nº **01** Fls./Ficha **07**
 Remuneração especificada **R\$ 880,00 (Oitocentos e oitenta reais) 12 meses**
Marcelo B. da Silva Azevedes - ME
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º **05 de dezembro de 2016**
 Data saída **Marcelo B. da Silva Azevedes - ME**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º **MARCELO B DA SILVA AZEVEDES - ME**
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... Nº.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo..... CBO nº.....
 Data admissão..... de..... de.....
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Data saída..... de..... de.....
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Com. Dispensa CD nº.....





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0117000061**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/01/2020** às **09:56**

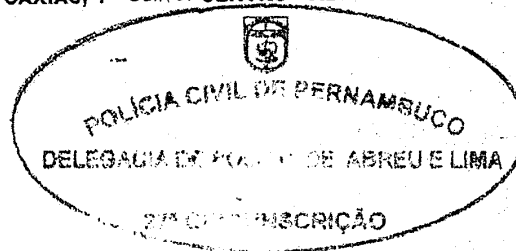
Complementa o BO Número: **19E0117003952**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados), que aconteceu no dia **28/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (OUTRO)
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JACILENE MARIA SILVA DA COSTA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO FELIX DA SILVA** Data de Nascimento: **7/12/1995** Naturalidade: **DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **8914565/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares:
- **988992185**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA JOSE BONIFACIO, 191 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CELTA PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1. (UNIDADE)**

Placa: **PCR8598** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **116302814** Chassi: **9C2KC2200JR175007**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

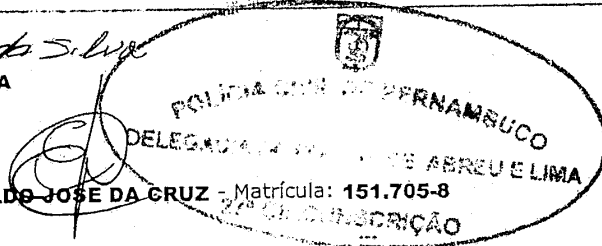
Complemento / Observação

PASSOU A INFORMAR O SR ° IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI QUE O CONDUTOR É CONHECIDO POR JOÃO MARCOS, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTIVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEICULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O SOLO, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR ° IGOR JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ERINALDO JOSE DA CRUZ** - Matrícula: **151.705-8**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0117003952**

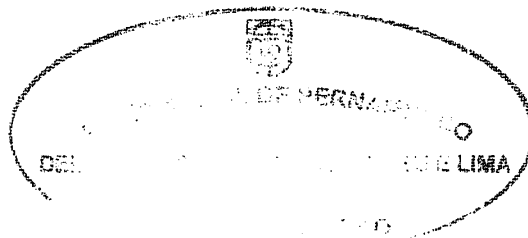
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/12/2019** às **11:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

- DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
- IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA Data de Nascimento: 7/12/1995 Naturalidade: DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 8914565/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Telefones Celulares:
- **988992185**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

CELTA PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

PASSOU A INFORMAR O SR ° IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTIVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEICULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A



PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O SOLO, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR. IGOR JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

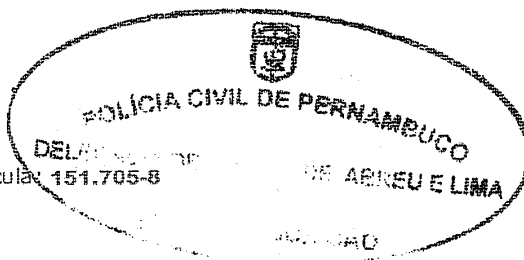
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

2001 Jose Felix da Silva

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

EP

B.O. registrado por: ERINALDO JOSE DA CRUZ - Matrícula 151.705-8



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 18:16

	Nome Paciente:	IGOR JOSE FELIX DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	07/12/1995
	Sexo:	Masculino
	Idade:	23 anos
	Senha:	0150
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 28/09/2019 18:39 - 28/09/2019 18:39

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA EM PÉ E

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 18:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1136632

Senha da Classificação:

0150

Data e Hora: 28/09/2019 18:42

Paciente: 352944 IGOR JOSE FELIX DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data de Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA JOSE BONIFACIO -- Bairro: TIMBO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520395 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
RG (Identidade): Data de Emissão: CNS:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87955234
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm mmHg
DATA: / / HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queda pelo 1º 3 horas,
Gravi com trauma no 1º abd

EXAME FÍSICO:

m: solto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 1234567

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU ATENDIDO	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
Clonitina 26 + 17 e 18		
Clonitina 100g + SF0, 9% 200 ml		

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 1234567

Médico / Crepepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (x) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Crepepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/09 Paciente admitido na sala, esperando transferência p/ H.M. A
medicação com Propofol e cefalotina 21:00h.

CHESLENO
Téc. Enfermagem
COREN-PE 987.081

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescriçãc

(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: H.M. SENHA: 5781733

() ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS ____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANO!

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5484-33
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: João Roberto da Silva Idade: 23

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Maracá

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente com queixa de dor abdominal, náusea e vômito.

Hipótese Diagnóstica: Doença inflamatória abdominal.

AValiação Clínica

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

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Gravidade Clínica



EXAME NEUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

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

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

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

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

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

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

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

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

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

Loló () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

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

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

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA*740 C.A.M. N. L.***CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**Hospital para onde foi encaminhado: *MUS*

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

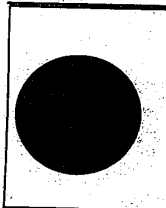
28/08/15
Local e data*Cláudio Costa Neto*
Médico Assistente
28/08/15

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 22:58



Nome Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0045
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/09/2019 23:01 - 28/09/2019 23:06

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPA DE IGARASSÚ, COM SENHA: 5781733, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, COLIDIU COM A MOTO NO POSTE, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MIE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Cledilson da Hora

Coren-PE 376.167 - ENF

Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 23:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/01/2020 16:21:16

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012116211615600000055810140>

Número do documento: 20012116211615600000055810140

Num. 56734055 - Pág. 6



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 497226
Data e Hora: 28/09/2019 23:10

Senha da Classificação:

0045

Paciente: 129873 IGOR JOSE FELIX

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO

218

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Y/TIR x PE ALGUA DE MOTO
COM XIA-M-2 em PE/EL
NÃO ABELHAS COM 31/09/19

Exame Fisico

V-ETOS
CONSISTE ORIENTADO EUPNICO
MIE EX-EXOSTA DE PDE

Hipotese Diagnostico

EX-EXPOSTA SE PDE

Prescrição Médica

NO 34060

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Adson Jose Alves de Farias
CRM-PE 22591

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	IGOR JOSE FELIX			6 - Nº Prontuário	129873
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
704104196760973	07/12/1995	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA JOSE DOS SANTOS			12 - Telefone de Contato	8198795533
13 - Nome Responsável	EMANUELE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO				
Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PREU E LIMA	260005	PE	53520090		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA + 2 HORAS COM TRAUMA EM PE ESQUERDO COM LACERAÇÃO E EXPOSIÇÃO OSSEA EM 5º PDE
CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
HD: FRATURA EXPOSTA DE 5º PDE
CD: INTERNAMENTO + BLOCO CIRÚRGICO

21 - Condições que justificam a Internação
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO E

24 - CID 10 Principal

S923

25 - CID 10 Secundário

M199

26 - CID 10 Causas Associadas

040805069

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento
0415020069

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITO	28/09/2019	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
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 da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

AIH
261910220982-3

Código do Laudo: 497226



HOSPITAL MIGUEL ARRAES

MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico

Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 29/09/2019

Hora.....: 04:26

Origem Clínica Descritiva

Aviso de Cirurgia : 59834

Paciente : 129873

Convênio Atend. : 1

Leito : 229

Dt. Início : 29/09/2019 03:55

Cid Pré-Operatório : S923

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

IGOR JOSE FELIX

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 002

Dt. Fim : 29/09/2019 04:25

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 497228

Carteira :

Idade : 23 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050691

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5° PDE

CIRURGIA: LC + DC + RAFI COM FIO K

CIRURGIÃO: DR. ANTONIO QUEIROZ

1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO

ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO GRAVE, COM PERDA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA + LESÃO TENDINEA EM 5° PDE
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% -
7. FIXADO FRATURA COM 01 FIO K 1.0
8. SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. RX DE CONTROLE
11. TALA BOTA

OBS.: VIGIAR PERFUSÃO DE 5° PDE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

João Bosco B. C. Neto

Ortopedia / Traumatologia

CREMEPE 26.670

DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 19797

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/01/2020 16:21:16

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012116211615600000055810140>

Número do documento: 20012116211615600000055810140



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: IGOR JOSÉ FELIX REG: 129873

IDADE: 23 SEXO: M DATA DA ALTA 29/09/2019 DATA DA ADMISSÃO 28/09/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5º PDE

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 29/09/2019: LC + DC + RAFI COM FIO K

ORIENTAÇÃO:

- MANTER TALA ATÉ RETORNO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA (ANALGÉSICOS E CEFLEXINA)
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS, PICO, RETORNO EM 1 SEMANA

ORIENTO PACIENTE A OBSERVAR PERFIL DE 5º PDE E RETORNAR AO HOSPITAL E
RECEBER PERFILADO AMPLIADA - O PACIENTE COMPREENDE ORIENTAÇÕES.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM/PE 27.749

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP : 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **497228**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	IGOR JOSE FELIX			Prontuário:	129873		
Idade:	23a 9m 22d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	07/12/1995
Profissão:				Escolaridade:			
R.G.:	C.P.F.:	Telefone:	CEP 53520090				
Endereço:	ALTO JOSE BONIFACIO	, 218 - TIMBO	- ABREU E LIMA - PE				
Dados da Internação							
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA		Data e Hora da Internação:	28/09/2019 23:22			
Convênio:	SUS - INTERNACAO		Plano:	GERAL			
Unidade Internação:	VERMELHA - EMERGEI		Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO		Leito:	VERMELHO - LEITO 002
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA						

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil :

09/10/19

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	19 / 09 / 19	Hora da Alta:			
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Evasão
Condições de Alta:	UNIMANTE ESTÁVEL				
Diagnóstico Principal.....:	FRATURA ULA DO EXOSTA DE SE PDEADO				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
Procedimento.....:	LC e RCT PATE EM AO R				
				<p>Guilherme Borba Anselma Médico CRM-PE 27.749</p> <p>Médico e CRM:</p>	
<p>Assinatura e RG</p>					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





HOSPITAL
MIGUEL ARRÃES



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Igor José Felix Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	#2007
	M/D 20 (29/09/19) Excs. f. exp. 5.º ME
	D 10 (04/10/19) Amputado 5.º ME
	Evolve sem dor e emagrecido
	Paralisação de 2 membros
	PO: sem sinais físicos
	20/10/19 no Músculo & R
	Dr. Juliana M. Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM 15.479.1507-1/2007

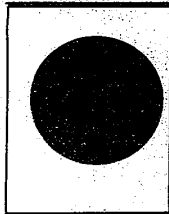


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/10/2019 15:37



Nome Paciente: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/10/2019 15:56 - 04/10/2019 16:11

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO AMBULATÓRIO COM HISTÓRIA DE NECROSE DO 5º PDE.

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 83.00 BPM
- GLICOSE: 90.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 37.00 °C

REVISADO
CCH-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)

Local
Claudia Patricia da Silva
Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/10/2019 16:11

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/01/2020 16:21:16

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012116211615600000055810140>

Número do documento: 20012116211615600000055810140

Num. 56734055 - Pág. 14



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 498073

Senha da Classificação:

0020

Data e Hora: 04/10/2019 16:21

Paciente: 130367 IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social: IGOR JOSE FELIX

Data do Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Registro: 129873 Nome do Pai: SEVERIO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SEVERINO FELIX DA SILVA CRM: 12346

Endereço: RUA PEROBA Nº 218 Bairro: MATINHA

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: SILVIASS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

TRAUMATISMO DO PÉ ESQUERDO HÁ 07 DIAS
SUBMETIDO A IMPLANTES E FIXAÇÕES

Exame Físico

WOUNDS 20 05° PDE.

Hipótese Diagnóstico

WOUNDS 20 05° PDE

Prescrição Médica

① Imobilização

Ivan Márcio Guedes
Traumatologia Ortopedia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/01/2020 16:21:16

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012116211615600000055810140>

Número do documento: 20012116211615600000055810140

Num. 56734055 - Pág. 15



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- Nome do Paciente		Paciente IGOR JOSE FELIX	
GOR JOSE FELIX DA SILVA		Nome Social	
- Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	Dt Nascimento 07/12/1995 Registro : 129873
	07/12/1995	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS
1 - Nome da Mãe	Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS		
MARA JOSE DOS SANTOS	Pai SEVERINO FELIX DA SILVA		
3 - Nome Responsável	Endereço RUA PEROBA Nº 218		
EMANUELE SILVA DE OLIVEIRA	Bairro MATINHA		
	Cidade ABREU E LIMA		
5 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	71955334		
RUA PEROBA, 218 - MATINHA			
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
ABREU E LIMA	260005	PE	53585100

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA DO 05º PDE HA 1 SEMANA . COM FRATURA EXPOSTA DO 05 PDE SUBMETIDA A LIMPEZA E FIXAÇÃO . EVOLUI COM NECROSE DO 05 PDE

21 - Condições que justificam a internação
NECROSE DE DEDO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RADIOGRAFIA: FRATURA DO 05 PDE

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
LESAO POR ESMAGAMENTO DO(S) ARTELHO(S)	S971 M87.2	V299	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	0408060042		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	264322973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	04/10/2019	14501	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
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 da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	

AIH
261910222162-6

Código do Laudo: 498073



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 05/10/2019

Hora.....: 12:29

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 59972 Sala : 0004 SALA 04
Paciente : 130057 IGOR JOSE FELIX DA SILVA Atendimento : 498128
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 695 VERD2-19 Idade : 23 Anos
Dt. Início : 05/10/2019 11:55 Dt. Fim : 05/10/2019 12:15
d Pré-Operatório : S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
d Pós-Operatório : T348 GELADURA, COM NECROSE DE TECIDOS, DO TORNOZELO E DO PE

Procedimentos

Procedimento: 0408060042 AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 42 LOCAL

Equipe Médica

URGIAO 18412 GABRIEL FREIRE MONTEIRO

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: NECROSE DE 5º PDE PÓS-TRAUMÁTICA
INTERVENÇÃO: AMPUTAÇÃO DE 5º PDE COM RECONSTRUÇÃO COM RETALHO NÃO-MICROCIRURGICO
OPERADOR: DR GABRIEL MONTEIRO
1º AUXILIAR: DR ICARO MÖLIM
ANESTESISTA: O PRÓPRIO
ANESTESIA: LOCAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO DO MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADA NECROSE DE 5º PDE EM TODA SUA EXTENSÃO MEDIAL E PLANTAR COM ÁREA DE PELE PRESERVADA EM FACE DORSO-LATERAL
5. REALIZADA RETIRADA DE PONTOS DE SUTURA DE INTERVENÇÃO ANTERIOR E RESSECADO TODO O PODODACTILO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO METATARSO-FALANGICA PRESERVANDO CARTILAGEM ARTICULAR DA CABEÇA DO METATARSO E RETALHO DE PELE DORSO-LATERAL;
6. REALIZADO DEBRIDAMENTO DE RESTOS DE TECIDOS NECROTICOS + LIMPEZA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9%;
7. SUTURA DO RETALHO PARA FECHAMENTO DA FERIDA OPERATÓRIA;
8. CURATIVO ESTÉRIL COM GASE E ATADURA.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

FATURADO
01/11/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Icaro Mölim de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26560

DR(A) : GABRIEL FREIRE MONTEIRO
CRM : 18412

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **498128**

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

SAME: 116522

Idade: 23a 9m 29d

Sexo: F

Estado Civil:

Profissão:

Escolaridade:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço: RUA PEROBA

Dados da

Paciente: IGOR JOSE FELIX

Nome Social:

Dt Nascimento: 07/12/1995

Registro: 129873

Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Endereço: RUA PEROBA

Bairro: MATINHA

Cidade: ABREU E LIMA

Nº 218

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-19

Médico Internação: IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:

Hora da Alta:

Motivo:

☒ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Evasão

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Prescrição.....

Dr. Adauto Telfo
Traumatologia / Ortopedia
CRM - 20.671 TEOR 16666

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 05 de 10 de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

P

SAME: 116522

Paciente IGO, JOSE FELIX

Nome Social

Dt Nascimento 07/12/1995

Registro : 129873

Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS

Pai SÉVERINO FELIX DA SILVA

Endereço RUA PEROBA

Nº 218

Bairro MATINHA

Cidade ABREU LIMA 7

CLÍNICA: _____ ORTOPEDIA _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
4/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
17:40	PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA DO PÉ HÁ 1 SEMANA
	COM EVOLUÇÃO PARA NECROSE DO 05º PDE
	CD- INDICO AMPUTAÇÃO
05/10/19	# SOT #
09:28	MD: Necrose do 5º PDE
	Em tempo, paciente avaliado por Dr. Gabriel
	Montano, o qual indicou amputação para o caso
	diante do aspecto necrótico do 5º PDE e à isquemia
	local.
	CD: Ao globo cirúrgico
	Fornecer firma de amputação.
06/10/19	# SOT #
12:23	MD: A mesma
	PO (05/10): Amputação de 5º PDE com reconstrução
	de retalho não microcirúrgica
	Paciente estável sem queixas. FO limpa e seca,
	negativa dor ao toque de amputação.
	ECG, hTeg supraventricular e afébril.
	CD: Alta hospitalar p/ seguimento ambulatorial.

Ivan Márcio Guedes
Traumato Ortopedia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
M. 27686
CRM-PE 27686 CRM-BA 33333

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
M. 27686
CRM-PE 27686 CRM-BA 33333
Dr. Felipe Nunes



Atendimento: 498128

Dt Atendimento: 05/10/2019 - 11:08

Dt Alta: 06/10/2019 - 15:54

Paciente: 130057 IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 80 ORTL-513-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

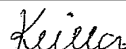
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: KEILLAACN

CID:

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta



KEILLA AMANDA CORREIA DO NASCIMENTO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5781 733

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Jean dos Reis Idade: 23

Sexo: M () F () Profissão: Fone:

Endereço Residencial: Bairro:

Cidade: Maceió

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Dor no peito, com fôlego curto, há 5 dias

Hipótese Diagnóstica: Inf. no pulmão

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.: X
Vias Aéreas: ER Dispnéia: S () N () Tiragem Intercostais: S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

ER: RN 35-50
≤ 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
≤ 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

fim Colaborou



EXAME NEUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Extase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____ Intercorrências: _____
FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

AValiação Clínica

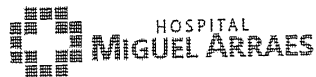
Glicemia Capilar (HGT): _____
Temperatura: _____
Frequência Cardíaca (FC): _____
Frequência Respiratória (FR): _____
Pressão Arterial (PA): _____
Saturação de Oxigênio (SpO2): _____
Conclusão do Atendimento: _____
Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento: Médico () S () N ()

Local e data

FC: 120-140
PA: 90-110
SpO2: 95-100

Medico Assistente
Cláudio
CRM-PE 24630





RECEITUÁRIO

Ignorância
Fundo fundo
Paciente submetido a cirurgia
de esofodectomia
Complicação de fratura
do 5º PE em 05/10/19
foi prescrito o
ciclotrizina e de
ortofona
CD-598.1/2988

22/11/19

Dr. Adson José Alves de Farias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.979 TECT

Dr. Adson José Alves de Farias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.979 TECT

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO







SINISTRO 3200010406 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IGOR JOSE FELIX DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA
S/A

BENEFICIÁRIO IGOR JOSE FELIX DA SILVA

CPF/CNPJ: 12284658431

Posição em 15-01-2020 13:58:42

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/01/2020	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810520

Processo nº **0002981-67.2020.8.17.2001**

AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DESPACHO

Considerando que o autor reside na Comarca de Abreu e Lima/PE, bem como o alegado acidente ocorreu no mesmo município, causa certa estranheza que a ação tenha sido distribuída no Recife.

Aliás, é razoável concluir que a distribuição da presente demanda, em comarca que dificulta a locomoção do demandante para produzir prova em seu favor, demonstra o zelo reduzido do profissional em relação a sua cliente (art. 85, §2º, I, CPC-2015).

Em que pese a grande maioria das comarcas do Estado de Pernambuco estarem utilizando o Processo Judicial eletrônico (PJE), um grande feito desse Tribunal para facilitar as comunicações processuais e, conseqüentemente, proporcionar uma justiça célere e acessível, nos processos de Cobrança DPVAT dificilmente os patronos do polo passivo, colaboram para uma Justiça Célere. Isso porque, normalmente não se responsabilizam pela comunicação do seu cliente da data da perícia, mas entregam ao Judiciário essa função.

Em decorrência, a Magistrada, em respeito ao direito da parte, determina desde logo seja a parte demandada intimada por carta. E, mesmo assim, nem sempre essa medida é suficiente, isso porque, é comum que as Cartas retornem sem que tenha sido a parte encontrada. E nesses casos, uma vez intimados, os advogados especializados em demandas DPVAT, alegam que não conseguem se comunicar com seu próprio cliente e, por essa razão, requerem sejam seus clientes intimados através de oficial de justiça.

E, nos casos, como o dos autos, em que a intimação deverá ser feita por oficial de justiça, não há outra forma senão através de carta precatória. Ou seja, o juízo da comarca da Capital expede uma carta precatória, recebida, no caso dos autos, pelo juízo de uma comarca de Vara Única, para que o oficial de justiça intime a parte residente naquela comarca da realização de exame pericial na Capital. E, o resultado, muitas vezes, é que a carta precatória não é cumprida há tempo para que a parte compareça à perícia.

Importa salientar, o arrazoado acima não tem por objetivo sugerir que a falta de zelo e diligência muitas vezes verificada em casos semelhantes aplica-se aos patronos desta demanda. Na verdade, pretende levar à reflexão dos referidos profissionais no sentido de se questionarem se



distribuir a presente demanda na Capital é o melhor para seu cliente, seja no que diz respeito à duração razoável do processo, seja na obtenção de uma sentença de mérito favorável (obtida, apenas, quando realizada uma perícia e se essa for favorável). As hipóteses acima indicadas podem nunca ter ocorrido com os patronos desta causa, mas são frequentes neste juízo.

Dessa forma, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 dias, sob pena de indeferimento da inicial, para:

- 1- Explicar porque razão distribuiu a ação na comarca da Capital quando tem residência em comarca de Abreu e Lima;
- 2- Indicar se continua com o interesse de que a demanda permaneça neste juízo;
- 3- Indicar o telefone da parte autora.

Intime-se.

Recife, 20 de fevereiro de 2020.

Lara Corrêa Gambôa da Silva
Juíza de Direito

34VCB 8



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) DE DIREITO DA SEÇÃO B DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE – PE

PROCESSO: 0002981-67.2020.8.17.2001

PROMOVENTE: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA

PROMOVIDA: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA**, em epígrafe, que tramita perante este Douto Juízo, por intermédio de seu bastante procurador que esta subscreve, acatando o r. despacho Id. 58320583 dos autos, vem perante Vossa Excelência, expor para ao final requer o seguinte:

Douto(a) Magistrado(a), o ingresso da presente demanda perante a Comarca do Recife/PE, é realizado com fundamento na Instrução Normativa de nº 12/2015 do TJPE, a qual autoriza o ingresso junto à Comarca da Capital, desde que o acidente ou a residência do Autor fosse nos limites da Região Metropolitana do Recife.

Diante da realização de mutirões DPVAT, antes realizados pela CCMA (Central de Conciliação, Mediação e Arbitragem), os advogados eram orientados a protocolar a petição inicial na Comarca de Recife, para abranger o maior número de solução de conflitos, visando a realização de audiências e perícias.

Portanto, todas as demandas, referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, com acidentes ocorridos nos limites da Região Metropolitana do Recife, como no caso do Autor, poderia ingressar em juízo na Comarca da Capital, para que assim pudesse participar do referido Mutirão.

Para tanto, fornece o telefone celular do Promovente para intimações: (81) 9.9312-8927 e 9.8846-8148, como também informamos diretamente e pessoalmente ao cliente quando designada a realização de audiências e/ou perícias, com o recolhimento de seu ciente no despacho que determina o seu comparecimento.

Assim, o autor tem interesse de que o processo seja recebido e processado por este juízo, renunciando o do seu próprio domicílio, visando inclusive a celeridade da intimação no endereço da seguradora demandada, com sede nesta capital.

PELO EXPOSTO, requer à Vossa Excelência, com fundamento no art. 3º, II c/c art 5º, §1º ambos da Lei n. 6.194/74, seja dado prosseguimento do feito até final decisão, sendo desta forma feita a mais lúdima JUSTIÇA.

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Recife/PE, 03 de março de 2020.

Bel. Adson José Alves de Farias
OAB-PE 1292-A





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810520

Processo nº **0002981-67.2020.8.17.2001**

AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DESPACHO

Considerando a natureza da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT segundo a qual, de regra, somente surge a possibilidade de acordo entre as partes após a realização da perícia, e que a não designação de audiência prévia não acarretará prejuízo processual às partes (art. 283, parágrafo único, CPC/2015), ante a possibilidade de transacionar a qualquer momento e atenta ao Princípio da duração razoável do processo (arts. 4 e 139, II, CPC/2015), dispense a realização da audiência prevista no art. 334, CPC/2015 e determino a citação da parte ré, para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 (quinze) dias, contados da juntada aos autos da carta/mandado de citação (art. 335, III, CPC/2015), com a advertência do artigo 344, do CPC/2015.

Defiro o benefício da Justiça Gratuita.

Recife, 11 de março de 2020.

Lara Correa Gambôa da Silva
Juíza de Direito

34VCB8





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0002981-67.2020.8.17.2001
AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção B da 34ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 59100845, conforme segue transcrito abaixo:

" DESPACHO Considerando a natureza da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT segundo a qual, de regra, somente surge a possibilidade de acordo entre as partes após a realização da perícia, e que a não designação de audiência prévia não acarretará prejuízo processual às partes (art. 283, parágrafo único, CPC/2015), ante a possibilidade de transacionar a qualquer momento e atenta ao Princípio da duração razoável do processo (arts. 4 e 139, II, CPC/2015), dispense a realização da audiência prevista no art. 334, CPC/2015 e determino a citação da parte ré, para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 (quinze) dias, contados da juntada aos autos da carta/mandado de citação (art. 335, III, CPC/2015), com a advertência do artigo 344, do CPC/2015. Defiro o benefício da Justiça Gratuita. Recife, 11 de março de 2020. Lara Correa Gambôa da Silva Juíza de Direito 34VCB8 "

RECIFE, 24 de março de 2020.

LAINE HANNA REIS RAPOSO
Diretoria Cível do 1º Grau





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0002981-67.2020.8.17.2001
AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

RECIFE, 24 de março de 2020.

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Destinatário(s):

Nome: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Endereço: AV MARQUÊS DE OLINDA, 175, RECIFE, RECIFE - PE - CEP: 50030-000

Através da presente, fica V. Sa. **CITADO(A)** para tomar ciência de todos os termos da ação em epígrafe, que tramita perante o Juízo acima indicado, e integrar a relação processual, bem como **INTIMADO(A)** para oferecer contestação, tudo conforme decisão prolatada, em anexo, e diante da petição inicial, cujo teor pode ser consultado por meio do endereço eletrônico fornecido neste documento.

Prazo: O prazo para responder a ação, querendo, é de **15 (quinze) dias**, contados da juntada do Aviso de Recebimento (AR) aos autos.

Advertência: Não sendo contestada a ação no prazo marcado, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo Autor na petição inicial (art. 344 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015).

Para acessar a Petição Inicial, siga os passos abaixo:

1 – Acesse o link: <https://www.tjpe.jus.br/contrafe1g>

2 – No campo “Número do Documento”, digite: 2001211621150000000055810131

Obs.: O presente processo tramita de forma eletrônica através do sistema PJe. Independentemente de cadastro prévio, a parte/advogado poderá realizar consulta através do seguinte endereço eletrônico: <https://pje.tjpe.jus.br/1g/ConsultaPublica/listView.seam>

Toda a tramitação desta ação deverá ser feita através do referido sistema, sendo necessária a utilização de Certificação Digital. As instruções para cadastramento e uso do sistema podem ser obtidas através do seguinte endereço na internet: <http://www.tjpe.jus.br/web/processo-judicial-eletronico/cadastro-de-advogado>

Eu, LAINE HANNA REIS RAPOSO, o digitei e o submeto à conferência e assinatura(s).

LAINE HANNA REIS RAPOSO

Diretoria Cível do 1º Grau

Assina por ordem do(a) Juiz(a) de Direito da Vara

A validade da assinatura deste documento poderá ser confirmada na página do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco: www.tjpe.jus.br – PJe-Processo Judicial Eletrônico – Consulta Documento [<https://pje.tjpe.jus.br/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>], utilizando o número do documento (código de barras) abaixo identificado.



CONTESTAÇÃO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

PROCESSO: 00029816720208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **IGOR JOSE FELIX 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 07/01/2020.

Cumprido 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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, 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, prossigue 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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, 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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), 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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).**

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\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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;
- 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.

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.



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, 10 de julho 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 nexos 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 graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**, em curso perante a **34ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00029816720208172001.

Rio de Janeiro, 10 de julho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

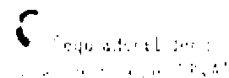
JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009461/20
Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
CPF: 122.846.584-31
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2019
Titular do CPF: IGOR JOSE FELIX 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
DUT
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA : 122.846.584-31

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: 08/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010406

Cidade: Abreu e Lima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do acidente: 28/09/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2ª VIA
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.836.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93	 CELPE www.celpe.com.br	Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 2003 COMERCIAL 116 PRONTI Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 0800 0800 Ouvidoria 0800 0800 0800 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone Agência Nacional de Energia Elétrica 167-Ligação Gratuita de telefones fixos
DADOS DO CLIENTE JOSENEIDE DO CARMO PERCILIO DA SILVA CPF: 856.467.444-04 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSE BONIFACIO 218 TIM BOABREU E LIMA 53520-395 ABREU E LIMA PE	DATA DE VENCIMENTO 20/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 131,88	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/12/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/12/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 088199309
CONTA CONTRATO 007024883767 Nº DO CLIENTE 2015369327 Nº DA INSTALAÇÃO 0000080582		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico
RESERVADO AO FISCO C7C0.F705.DB48.EADE.7445.3B52.F44E.3739		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo Ativo(kWh)	142,00	0,78727674	107,63		
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,14		
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,57		
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,77		
ICMS Subvenção-CDE-NF 080482502-11/10/19			0,87		
TOTAL DA FATURA 131,88					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
113,24	26,00	28,31	113,24	0,44	0,49
					2,02
					2,28

EM ATÉ 14 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE					
Vencido	DI Resv	Valor	Vencido	DI Resv	Valor
18/08/19	14/12/19	46,19	17/08/19	09/08/19	109,1
17/07/19	09/06/19	124,88	20/08/19	09/08/19	119,9
Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por falta de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 8º RBR 414/Arts.1. Pode m ocorrer e cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito RPS e SERA					
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO			
Consumo Ativo(kWh)	0.34633000	DEZ	18		
		NOV	18		
		OUT	18		
		SET	19		
		AGO	19		
		JUL	18		
		JUN	19		
		MAI	18		
		ABR	18		
		MAR	19		
		FEV	18		
		JAN	19		
		DEZ	18		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	30,24 33,76
Transmissão	4,28 3,73
Distribuição(Cabele)	25,62 23,62
Encargos Setoriais	8,01 5,33
Tributos	31,08 27,45
Perdas de Energia	8,07 7,13
TOTAL	113,24 100

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	Di Resv	Valor	Vencido	Di Resv	Valor
16/08/19	14/12/19	46,19	17/08/19	08/08/19	109,1
17/07/19	08/06/19	124,88	20/05/19	08/05/19	119,9

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por falta de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 88 RENO 414/2010. Podem ocorrer a cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito BPC e SERA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)	0,34233000
--------------------	------------

HISTÓRICO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	RS	%
Geração de Energia	30,24	23,76
Transmissão	4,22	3,73
Distribuição (Celpe)	25,62	22,62
Encargos Setoriais	0,51	0,39
Tributos	31,04	27,45
Perdas de Energia	8,07	7,13
TOTAL	119,34	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		V. DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003181296790	CAT	12/11/2019	3.405,00	14/12/2019	3.547,00	32	1,00000	0,00	142,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM
04/2019				
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 0,00
BUBO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 42,35				
Toda Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR e que não				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: kermelia botas calçados e ao: av. Brasil 33 centro | pop farm: av. duques de caxias 590 centro. Lista completa em www.celpe.com.br.
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res.414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
 Em caso da suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO
	MINIMO
220	202

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

20/12/2019 1





ENDIMENTO. AVENIDA BRASIL - NUM. - 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.100.0014398-2

COMPESA S.A. - RUA JOAQUIM NABUCCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.170.0445.000 GRUPO: 7 DER AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO: **LIGADO** POTENCIAL: **1** 1

RECEBUELO: **A175224252** DATA DE EMISSÃO: **29/11/2019** DATA DE VENCIMENTO: **30/12/2019** VALOR DA PARCELA: **MÉDIA R\$**

AGUA: LEIT. AN: 4 CONSUMO: 1
LEIT. AT: 4
LEIT. FAT: 4 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEMENTO A LEGISLAÇÃO
11/2019 01	TURBIDEZ	48	48	45
10/2019 01	COR APARENTE	48	48	32
09/2019 01	CORO RESIDUAL	48	48	48
08/2019 01	COLIF. TOTAIS	48	48	47
07/2019 01	E. COLI	48	48	48
06/2019 01				

MÉDIA: 01 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	64,84
CORTE 11/2019		9,02
RELIQUÍDAS 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONIBILIDADE 11/2019		2,19
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019		2,01

108,92	1,85	1,80
108,92	7,60	8,76

VENCIMENTO: **15/01/2020** TOTAL A PAGAR: **131,16**

mensagem:
PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS
(81) 3221-3592/98476-3207





571132
0009461/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0117000061**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/01/2020** às **09:56**

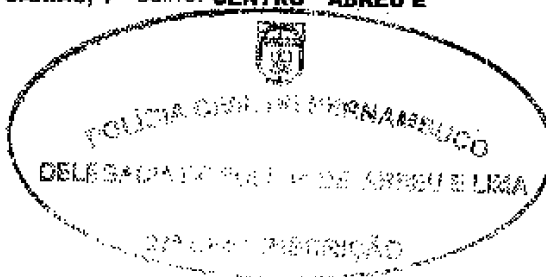
Complementa o BO Número: **19E0117003952**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1** - Bairro: **CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (OUTRO)
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**

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

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO FELIX DA SILVA** Data de Nascimento: **7/12/1995** Naturalidade: **DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **8914565/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares: **- 988992185**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA JOSE BONIFACIO, 191 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CELTA PRATA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCR8598** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **116302814** Chassi: **9C2KC2200JR173007**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

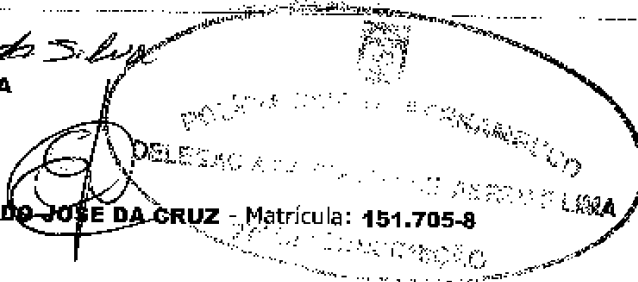
Complemento / Observação

PASSOU A INFORMAR O SR ° IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI QUE O CONDUTOR É CONHECIDO POR JOÃO MARCOS, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTIVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEICULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O SOLO, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR ° IGOR JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ERINALDO JOSE DA CRUZ** - Matrícula: **151.705-8**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ºCIRC DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0117003952

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/12/2019 às 11:37

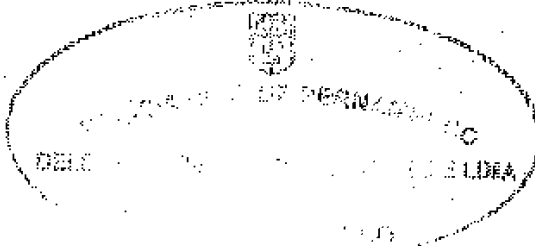
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado), que aconteceu no dia 27/9/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 7 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA JOSE DOS SANTOS PAI SEVERINO FELIX DA SILVA** Data de Nascimento: 7/12/1995 Naturalidade: **DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **8914549/SS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **988392185**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **SIM PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

CELTA PRATA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

PASSOU A INFORMAR O SRº IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTÍVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEÍCULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A



PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O
SOLD, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PE ESQUERDO, QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR. IGOR
JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI
TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRABES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PE ESQUERDO,
SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

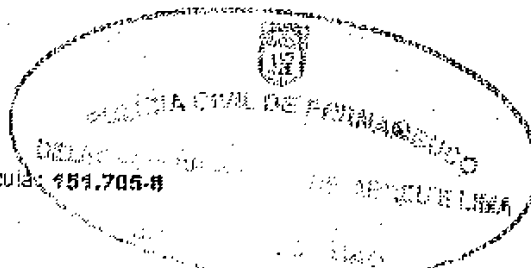
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

22/07/2020 Felix da Silva

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

ED

B.O. registrado por: ERINALDO JOSE DA CRUZ - Matrícula: 159.705-8





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: 4 - Nome completo da vítima:

122.846.584-31

IGOR JOSE FELIX 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: 6 - CPF:

IGOR JOSE FELIX DA SILVA

122.846.584-31

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

AV. SERVIÇOS

RUA JOSÉ BONIFÁCIL

218

CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

TIMBÓ

ABREU E LIMA

PE

53.520-395

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

balbunospe@hotmail.com (81) 99944109 (81) 3538-0068

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei nº 294/74 art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(vivente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 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 a quem se apresentar e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a conseqüência de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digitalizada e autenticada eletronicamente

35 - Nome legível de quem assina a requerimento

36 - CPF legível de quem assina a requerimento

37 - (*) Assinatura de quem assina a requerimento

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

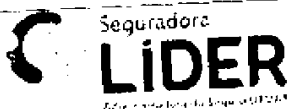
Abreu e Lima/PE 04/10/2020
Igor Jose Felix da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V007/2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 3221234 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF**.

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
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 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ **884.647.684-00**,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JGOR JOSE FELIX DA SILVA**
inscrito (a) no CPF sob o Nº **122.846.584-31**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vitima
JGOR JOSE FELIX DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº **122.846.584-31**
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 Lider-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	AVENIDA JOAQUIM NABUCO	Número	200	Complemento	CASA
	Cidade	Estado	CEP		
	ABREU E LIMA	PE	53520170		
Bairro	TIMBÓ	Telefone Comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
		(81) 3538 0069	(81) 98721.5834		
Email	balbinospe@hotmail.com				

Abreu e Lima/PE 08 de Janeiro de 2020
Assinatura do Declarante





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: 4 - Nome completo da vítima:

122.846.584-31

IGOR JOSE FELIX 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: 6 - CPF:

IGOR JOSE FELIX DA SILVA

122.846.584-31

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

AV. SERVIÇOS

RUA JOSÉ BONIFÁCIL

218

CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

TIUBO

ABREU E LIMA

PE

53.520-395

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

balbunospe@hotmail.com (81) 99944109 (81) 3538-0068

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 294/74 art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(vivente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 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 a quem se apresentar e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a conguação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digitalizada e autenticada eletronicamente

35 - Nome legível de quem assina a requerimento

36 - CPF legível de quem assina a requerimento

37 - (*) Assinatura de quem assina a requerimento

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 Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V007/2019



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

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010406

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGOR JOSE FELIX 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 15343544

Pag. 01523/01524 - carta_01 - INVALIDEZ

00020762





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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010406

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR JOSE FELIX 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **237**

Agência: **000002080-P**

Conta: **0000035369-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-P

CONTA: 000000035369-8

Nr. Autenticação

BRADESCO160120200500000000002370208000000003536967500 PAGO



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP:

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 18:16

Nome Paciente:	IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	07/12/1995
Sexo:	Masculino
Idade:	23 anos
Senha:	0150
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 28/09/2019 18:39 - 28/09/2019 18:39

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: **RELATO DE TRAUMA EM PE E**

Observação: **ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
HAS-
DM**

Fluxograma sintoma: **TRAUMA**

Discriminador(es): **- DOR MODERADA (4 - 7/10)**

Especialidade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 18:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1136632

Senha da Classificação:

0150

Data e Hora: 28/09/2019 18:42

Paciente: 352944 IGOR JOSE FELIX DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data de Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA JOSE BONIFACIO Bairro: TIMBO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520395 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
RG (Identidade): Data de Emissão: CNS:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87955234
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm mmHg
DATA: HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Queda no 1º dia 3 horas,
Queda no 2º dia 1 hora e 15 min*

EXAME FÍSICO:

m: solto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU ATENDIMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
<i>Aspirina 26 + M de Plavix</i>	<i>21:00</i>	
<i>Aspirina 100 + SF 9% 500 mg</i>		

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (x) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/07 Paciente admitido na sala esperando transferência p/ H.M. A
indicação com prescrição e epafetiva 21:00h

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: Hum SENHA: 5781733

() ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS ____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IMI

Médico / Grenepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IGARASSU

OBSTAC
8
IMP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA (444) 33
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	

IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>João da Silva</u>	Idade: <u>25</u>
Sexo: M () F () Profissão: <u>Engenheiro</u>	Fone: <u>912345678</u>
Endereço Residencial: <u>Rua das Flores, 123</u>	Bairro: <u>Centro</u>
Cidade: <u>M. de Igarassu</u>	

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

CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Queimadura de 2º grau no antebraço direito</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Queimadura de 2º grau</u>	

AVALIAÇÃO CLÍNICA			
Glicemia Capilar (HGT): <u></u>	Temperatura: <u></u>	F.C.: <u></u>	P.A.: <u>x</u>
Vias Aéreas: FR <u></u> Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()			
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()			
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()			
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()			
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()			
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()			
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()			
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()			

FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100
---	---



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 22:58



Nome Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0045
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/09/2019 23:01 - 28/09/2019 23:06

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPA DE IGARASSÚ, COM SENHA: 5781733, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, COLIDIU COM A MOTO NO POSTE, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MIE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

CLEDILSON JOSE DA HORA

COREN: PE 376167 - ENI

Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 23:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 497226

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 28/09/2019 23:10

Paciente: 129873 IGOR JOSE FELIX

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO

218

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Y/TIR A PE QUEIXA DE MOTO
COM + 12 ANOS EM PELE
ALTA ALERGICA COM 3/12/01

Exame Fisico

VOZES
CONSISTENTE ORIENTADO SUPINO
MTE PRAXIOSA E PDE

Hipótese Diagnóstico

EXALXERPOSI - 5º PDE

Prescrição Médica

NO 34060

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	IGOR JOSE FELIX			6 - Nº Prontuário	129873
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
704104196760973	07/12/1995	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8198795533
11 - Nome da Mãe	MARIA JOSE DOS SANTOS			14 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	EMANUELE				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO	260005	PE	53520090		
Município					
ALTO JOSE BONIFACIO					

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA + 2 HORAS COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO COM LACERAÇÃO E EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM 5º PDE.
CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
HD: FRATURA EXPOSTA DE 5º PDE
CD: INTERNAMENTO + BLOCO CIRÚRGICO

21 - Condições que justificam a internação
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO E

24 - CID 10 Principal

S923

S931

25 - CID 10 Secundário

M199

26 - CID 10 Causas Associadas

040805069

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento
0415020069

Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278437533

34 - Data da Solicitação

28/09/2019

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

16339

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajetado

39 - CNPJ Seguradora

42 - CNPJ Empresa

40 - Nº Bilhete

43 - CNAE / Empresa

41 - Série

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor
E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AI)

48 - Documento

() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)

261910220982

Código do Laudo: 497226



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 29/09/2019
Hora.: 04:26

Aviso de Cirurgia : 59834
Paciente : 129873
Convênio Atend. : 1
Leito : 229
Dt. Início : 29/09/2019 03:55

Sala : 0001 SALA 01

IGOR JOSE FELIX
SUS - INTERNACAO
VERMELHO - LEITO 002
Dt. Fim : 29/09/2019 04:25

Atendimento : 497228
Carteira :
Idade : 23 Anos

Cid Pré-Operatório : S923

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050691

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA /
INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5° PDE
CIRURGIA: LC + DC + RAFI COM FIO K
CIRURGIÃO: DR. ANTONIO QUEIROZ
1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO
ANESTESISTA: O CIRURGIÃO
ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO GRAVE, COM PERDA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA + LESÃO TENDINEA EM 5° PDE
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% -
7. FIXADO FRATURA COM 01 FIO K 1,0
8. SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. RX DE CONTROLE
11. TALA BOTA

OBS.: VIGIAR PERFUSÃO DE 5° PDE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 19797

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: IGOR JOSÉ FELIX REG: 129873

IDADE: 23 SEXO: M DATA DA ALTA 29/09/2019 DATA DA ADMISSÃO 28/09/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5º PDE

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 29/09/2019: LC + DC + RAFI COM FIO K

ORIENTAÇÃO:

- MANTER TALA ATÉ RETORNO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA (ANALGÉSICOS E CEFALOXINA)
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS, DILO, RETORNO EM 1 SEMANA

ORIENTO PACIENTE A OBSERVAR RENÚNCIA DE 5º PDE E RETORNAR AO HOSPITAL E
RENOVAR RENÚNCIA ANUAL/DA. O PACIENTE COMPREENDE ORIENTAÇÕES.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(X) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM 27.749

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **497228**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **IGOR JOSE FELIX** Prontuário: 129873
Idade: 23a 9m 22d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 07/12/1995
Profissão: Escolaridade:
R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP 53520090
Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO - ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 28/09/2019 23:22
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGENCIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERMELHO - LEITO 002
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 29/09/19 Hora da Alta: :

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: UNILATERAL EITÁVEL.

Diagnóstico Principal.....: FRATURA UNILATERAL EXPOSTA DE S= PE

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: LC+RC RAO COM AO L.

Guilherme Borba Assis
Médico
CRM-PE 27.749

Médico e CRM:

XOS JOSE FELIX DA SILVA
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: IGOR JOSE FELIX DA SILVA REG: 129873

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
28/9/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ + 2 HORAS COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO COM LACERAÇÃO E EXPOSIÇÃO OSSEA EM 5º PDE
	CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL
	NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	HD: FRATURA EXPOSTA DE 5º PDE
	CD: INTERNAMENTO + BLOCO CIRURGICO
29/09/19	# SOT # SA.
14:40	HD: 1º DRº NAFI COM KUS K+LC+PL E Fx/LX E 5º PDE.
	PACIENTE ESTÁVEL SEM QUEIMAS
	FLB, LOTE LOPNICO, AFEBRIL.
	BA RENEGADO ASIMIL E MIE.
	# CD: MTA HOSP. DAAAN 1 RECIDIVO EM 15 DIAS

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/07/2020 13:41:03
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072013410359000000063716886
Número do documento: 20072013410359000000063716886



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Igor José Felix Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

#2007
10/07/20 (29/09/19) Exames: fixação S.º ME
10/07/20 (04/10/19) Análise S.º ME

Evolutione de 10 e 10/07/20
Exames de 10/07/20
10/07/20 Exames de 10/07/20
10/07/20 Exames de 10/07/20

Dr. Juliano Machado
Otorrinolaringologista
CRM 15.475-1/SP

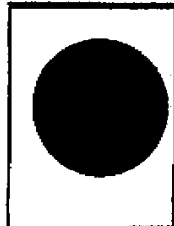


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e Hora retirada da senha: 04/10/2019 15:37



Nome Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/10/2019 15:56 - 04/10/2019 16:11

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO AMBULATÓRIO COM HISTÓRIA DE NECROSE DO 5º PDE.

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 83.00 BPM
- GLICOSE: 90.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 37.00 °C

REVICAR
CIH-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local:
Claudia Patricia da Silva
Enfermeira

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/10/2019 16:11

ma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 498073

Senha da Classificação:

Data e Hora: 04/10/2019 16:21

Paciente:

SAME: 116522

Sexo: FEMININO

Nome Soc

Paciente: IGOR JOSE FELIX

Data do N

Nome Social

07/12/1995

Registro: 128873

Nome da

Mãe

MARIA JOSE DOS SANTOS

Estado Ci

Pai

SEVERINO FELIX DA SILVA

Endereço

Bairro

MATINHA

Cidade/UF

Cidade

ABREU E LIMA

Nº 218

Bairro: MATINHA

Endereço: SILVIASS

CRM: 12346

2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA

SEVERIO FELIX DA SILVA

ORTOPEDIA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

TRAUMATISMO DO PÉ ESQUERDO EM 03 DIAS
SUBMETIDO A IMPLANTE E FIXAÇÃO

Exame Físico

WOUNDS DO 05° PDE

Hipótese Diagnóstico

WOUNDS DO 05° PDE

Prescrição Médica

① IMPLANTE

Ivan Márcio Guedes
Traumatologia
Cirurgia de Coluna
CRM 14501

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO

5 - Nome do Paciente	Paciente IGOR JOSE FELIX		
IGOR JOSE FELIX DA SILVA	Nome Social		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Registro
	07/12/1995	Masculino	129873
11 - Nome da Mãe	Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS		
MARA JOSE DOS SANTOS	Pai SEVERINO FELIX DA SILVA		
13 - Nome Responsável	Endereço RUA PEROBA		
EMANUELE SILVA DE OLIVEIRA	Bairro MATINHA		
	Cidade ABREU E LIMA		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	Nº 218		
RUA PEROBA, 218 - MATINHA	87955334		
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
ABREU E LIMA	280005	PE	53585100

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	21 - Condições que justificam a internação		
ENTE VITIMA DE TRAUMA DO 05º PDE HA 1 SEMANA. COM FRATURA EXPOSTA DO 05 PDE SUBMETIDA A LIMPEZA E FIXAÇÃO. EVOLUI COM NECROSE DO 05 PDE	NECROSE DE DEDO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	23 - Diagnóstico Inicial / Código		
RADIOGRAFIA- FRATURA DO 05 PDE	LESÃO POR ESMAGAMENTO DO(S) ARTELHO(S)		
	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
	S971	V299	
	M83.7		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	0408060042		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	14322973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura (Nº de Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	04/10/2019	14501	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
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 da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

AIH
261910222162-6

Dr. Antonio YVES
Traumatologia / Ortopedia
CRM - 20.671 TESP: 19995

Código do Laudo: 498073



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 05/10/2019

Hora: 12:29

Aviso de Cirurgia : 59972

Paciente : 130057

Convênio Atend. : 1

Leito : 695

Dt. Início : 05/10/2019 11:55

Id Pré-Operatório : S626

Id Pós-Operatório : T348

Sala : 0004

SALA 04

IGOR JOSE FELIX DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERD2-19

Dt. Fim : 05/10/2019 12:15

FRATURA DE OUTROS DEDOS

GELADURA, COM NECROSE DE TECIDOS, DO TORNOZELO E DO PE

Atendimento : 498128

Carteira :

Idade : 23 Anos

Procedimento: 0408060042

AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 42

LOCAL

URGIAO

18412 GABRIEL FREIRE MONTEIRO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: NECROSE DE 5º PDE PÓS-TRAUMÁTICA
INTERVENÇÃO: AMPUTAÇÃO DE 5º PDE COM RECONSTRUÇÃO COM RETALHO NÃO-MICROCIRURGICO
OPERADOR: DR GABRIEL MONTEIRO
1º AUXILIAR: DR ICARO MÖLIM
ANESTESISTA: O PRÓPRIO
ANESTESIA: LOCAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE DO MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADA NECROSE DE 5º PDE EM TODA SUA EXTENSÃO MEDIAL E PLANTAR COM ÁREA DE PELE PRESERVADA EM FACE DORSO-LATERAL
5. REALIZADA RETIRADA DE PONTOS DE SUTURA DE INTERVENÇÃO ANTERIOR E RESSECADO TODO O PODODACTILO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO METATARSO-FALANGICA PRESERVANDO CARTILAGEM ARTICULAR DA CABEÇA DO METATARSO E RETALHO DE PELE DORSO-LATERAL;
6. REALIZADO DEBRIDAMENTO DE RESTOS DE TECIDOS NECROTICOS + LIMPEZA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9%;
7. SUTURA DO RETALHO PARA FECHAMENTO DA FERIDA OPERATÓRIA;
8. CURATIVO ESTÉRIL COM GASE E ATADURA.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

01/11/19
GABRIEL FREIRE MONTEIRO
CRM: 18412

Dr. Igor José Felix da Silva
CRM: 23560
Otorrinolaringologia

DR(A) : GABRIEL FREIRE MONTEIRO
CRM : 18412

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 498128

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

Idade: 23a 9m 29d

Sexo: F

Estado Civil:

Profissão:

Escolaridade:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço: RUA PEROBA

, 218

Dados da

Dat

Plano: GERAL

Paciente: IGOR JOSE FELIX

Nome Social

Dt Nascimento: 07/12/1995

Registro : 129873

Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Endereço: RUA PEROBA

Nº 218

Bairro: MATINHA

Cidade: ABREU E LIMA

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-19

Médico Internação: IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

SAME: 116522

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:

Hora da Alta:

Motivo:



Melhorado



A Pedido



Transferência



Óbito



Evasão

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....:

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Prescrição.....:

Dr. Adauto Teófilo
Traumatologia / Ortopedia
CRM - 20.671 TEÓFILO

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 05 de 10 de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

PI

SAME: 116522

Paciente IGOI JOSE FELIX
Nome Social
Dt Nascimento 07/2/1995 Registro : 129873
Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS
Pai SÉVERINO FELIX DA SILVA
Endereço RUA PEROBA
Bairro MATINHA
Cidade ABREU E LIMA

CA

Nº 218

NOME:
CLÍNICA: ORTOPEDIA ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	
4/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
17:40	PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA DO PÉ HÁ 1 SEMANA COM EVOLUÇÃO PARA NECROSE DO 05º PDE
	CD- INDICO AMPUTAÇÃO
05/10/19	# SOT #
09:28	HD: Necrose do 5º PDE Em tempo, paciente avaliado por Dr. Gabriel Monteiro, o qual indicou amputação para o caso, diante do aspecto necrótico do 5º PDE e à isquemia local. CD: Ao globo cirúrgico Fornece termo de amputação.
06/10/19	# SOT #
12:23	HD: A mesma PO (05/10): Amputação do 5º PDE com reconstrução de retalho não microcirúrgico Paciente estável sem queixas. FO limpa e seca, sem dor no sítio de amputação. ECB, HGT, EUPNEIA e afebril. CD: Alta hospitalar p/ seguimento ambulatorial.

Ivan Márcio Guedes
Traumato Ortopedia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Dr. Luiz Roberto Moraes Gomes
CRM-PE 21663

Dr. Luiz Roberto Moraes Gomes
CRM-PE 21663
+ Dr. Felipe Nunes
CRM-PE 21663



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

Infante João Felipe
Pseudo: João Felipe
Paciente João Felipe a pedido
do Sr. João Felipe
Complicação de parto que
se deu em casa
foi tratado com
vacinação e de
medicação
CD: 548.1/2988

22/11/19

Assinado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
20/07/2020 13:41:03

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5781 733
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Jean José Felix M. Silva Idade: 23

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Maracá

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente com fraturas de membros superiores e inferiores, trauma com ferimentos na cabeça

Hipótese Diagnóstica: Ext. mx. ext. em s. 100

AValiação Clínica

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

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

frat. Colateral



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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

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

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

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

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

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

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

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

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

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

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

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

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

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

Local e data

Médico Assistente

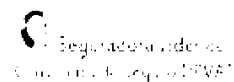
Cláudio

Proprietário

CRM-PE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009461/20

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

CPF: 122.846.584-31

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IGOR JOSE FELIX 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
DUT
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA : 122.846.584-31

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: 08/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP:

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 18:16

Nome Paciente:	IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	07/12/1995
Sexo:	Masculino
Idade:	23 anos
Senha:	0150
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 28/09/2019 18:39 - 28/09/2019 18:39

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	RELATO DE TRAUMA EM PE E
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS- DM
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 18:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1136632

Senha da Classificação:

0150

Data e Hora: 28/09/2019 18:42

Paciente: 352944 IGOR JOSE FELIX DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data de Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA JOSE BONIFACIO Bairro: TIMBO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520395 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
RG (Identidade): Data de Emissão: CNS:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87955234
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm mmHg
DATA: HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Queda no 1º dia 3 horas,
Queda com trauma no 1º dia*

EXAME FÍSICO:

m: solto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU ATENDIMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
<i>CELEBRINA 26 + M de Pseudo</i>	<i>21:00</i>	
<i>CELEBRINA 100g + SFZ, 9% de reforço</i>		

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (x) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/07 Paciente admitido na sala esperando transferência p/ H.M. A
 medicação com prescrição e efalética 21:00h

[Assinatura]

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: Hum SENHA: 5781733

() ÓBITO Data: / / ÀS () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IMI

 Médico / Grêmeps:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: / / HORA: : :

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:


Nome: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AN. SERVIÇOS
Identidade: 8.914.565-SDS/PE CPF: 122.846.584-31
Endereço: RUA JOSÉ ROUIFÉL, nº 218, TIMBÓ,
ABREU E LIMA-PE, CEP: 53.520-395

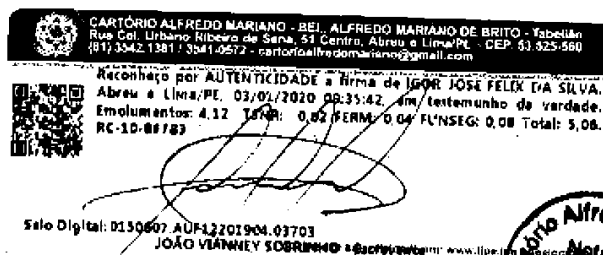
PROCURADOR(A):

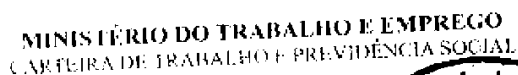
Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 28/08/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ABREU E LIMA 03/03/2020
Local e data

 IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)





Número 03322 Série 000115

2 Joo José Félix da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



Nome: Sgt. José Felix da Silva
 Local: Diadema Estado: SP Data: 07.12.1995
 Filiação: Sereno Felix da Silva
Maria José dos Santos
 Doc. N.: RG 8914365-9 DS RE. Ex. 12.01.2010

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº
 Exp. em Estado
 Obs.
 Data Emissão: 04.09.2013 SRTU
 Assinatura: M. G. da Silva

Assinatura do Funcionário

Prefeitura Mun. de Abreu e Lima
 Adjunto Nunes Rocha de Matos
 Assessor de Gabinete
 Matrícula 42266

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

Com relação a nome, est. civil e data de nasci-





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **122.846.584-31**

Nome: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

Data de Nascimento: **07/12/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/09/2013**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:56:36** do dia **11/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A7D4.13C6.5644.D815**



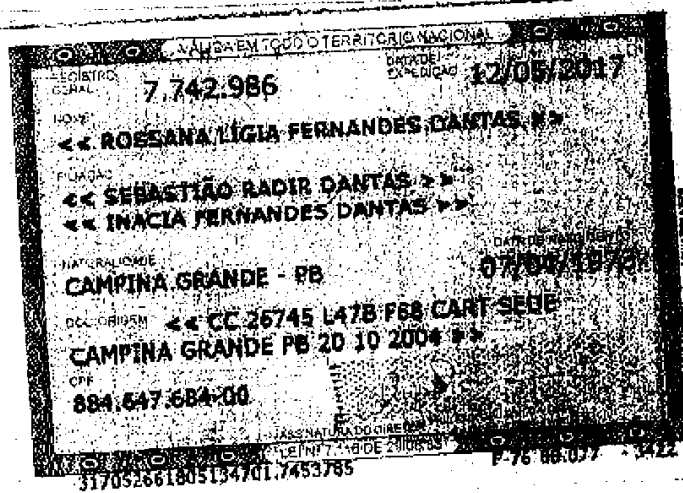
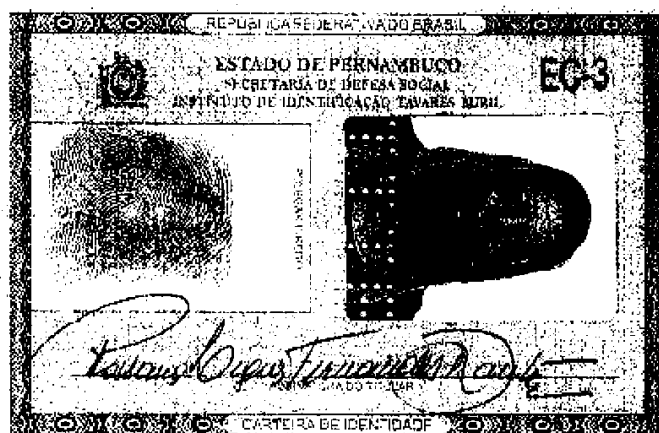
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.648, de 13/02/2015.)

11/12/2019 0

1 of 1







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802653944

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA	116392813	DATA DE EMISSÃO	2019
DATA DE RENOV. ANUAL	11/03/2020	DATA DE EXPIRAÇÃO	2019

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

ARREDAÇÃO DE REGISTRO

SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador da Seguradora: ACE SEGURADORA S/A; AIG SEGUROS BRASIL S/A; ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A; ALFA SEGURADORA S/A; AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS; ANGELUS SEGUROS S/A; ARGO SEGUROS BRASIL S/A; ARUANA SEGUROS S.A.; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; AUSTRAL SEGURADORA S/A; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; BANESTES SEGUROS S/A; BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS; BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS; BTG PACTUAL SEGURADORA S/A; BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CAIXA SEGURADORA S/A; CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A; CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A; CHUBB DO BRASIL CIA DE SEGUROS; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL; CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL; CIA EXCELSIOR DE SEGUROS; CIA MUTUAL DE SEGUROS; COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; ESSOR SEGUROS S/A; FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A; FATOR SEGURADORA S/A; GENERALI BRASIL SEGUROS S/A; GENTE SEGURADORA S/A; ICATU SEGUROS S/A; INVESTPREV SEGURADORA S/A; INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; ITAÚ BMG SEGURADORA S/A; ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A; J. MALUCELLI SEGURADORA S/A; J. MALUCELLI SEGUROS S/A; MAPFRE AFFNITY SEGURADORA S/A; MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A; MAPFRE PREVIDÊNCIA S/A; MAPFRE VIDA S/A; MBM SEGURADORA S/A; MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A; MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A; PAN SEGUROS S/A; PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS; PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; POTTENCIAL SEGURADORA S/A; PQ SEGUROS S/A; PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A; QBE BRASIL SEGUROS S/A; RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; SABEMI SEGURADORA S/A; SAFRA SEGUROS GERAIS S/A; SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A; SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS; STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.; SUHAI SEGUROS S/A; SUL AMÉRICA CIA DE SEGUROS GERAIS; SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A; TOKIO MARINE SEGURADORA



CARTÓRIO 17º OFÍCIO
DE NOTAS - RJ

Valdir Dias de Sousa Júnior




Recatado por AUTENTICIDADE a firma de WALDIR DIAS DE SOUSA JUNIOR
Cod: 300000236800E
Rio de Janeiro, 11 de junho de 2015. Conf. por: Serventia : 4,50
Em testemunho da verdade. 362 JHAFUNDOS : 20,50
Total : 25,00
FRANCA CRISTINA A. O. GONCALVES
www.20253.FRR-Consulte em <https://www3.tjrs.jus.br/sitpublico>

[illegible]

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS, sociedade seguradora, CNPJ nº 33.054.826/0001-92, com sede na Av. Marquês de Olinda, nº 175 bairro do Recife Antigo- Recife/PE, representada na forma de seu Estatuto Social, **JOSÉ TUPINAMBÁ COELHO**, brasileiro, casado, administrador, registro no CRA-PE sob o nº 1319, inscrito no CPF sob o nº 032.463.104-91, residente e domiciliado em Recife/PE e **SÉRGIO DE PETRIBU BIVAR**, brasileiro, solteiro, RG nº 5183250 SSP/PE, CPF nº 026.896.134-41, residente e domiciliado em Jaboatão dos Guararapes/PE., nomeia e constitui seus bastantes procuradores **MARCELO DAVOLI LOPES**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de São Paulo, sob o número 143.370, inscrito no CPF/MF sob o número 132.870.808-06; **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Rio de Janeiro, sob o número 135.132, inscrita no CPF/MF sob o número 082.587.197-26; **VALDIR DIAS DE SOUSA JÚNIOR**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Rio de Janeiro, sob o número 122.882, inscrito no CPF/MF sob o número 012.310.027-51, todos com escritório à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, CEP 20031-205, no Município do Rio de Janeiro, RJ, aos quais, independentemente da ordem de nomeação, confere plenos poderes, incluindo a *Claúsula Ad Judicia et Extra*, para atuar no foro em geral, em qualquer Instância, Juízo ou Tribunal nas ações ou recursos competentes, e defender a Outorgante nas ações que lhe são contrárias, usando de todos os recursos legais, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, nomear prepostos para representar a Outorgante nas ações em que é parte, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos para o fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, autorizados, desde já, receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento,

COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS – Av. Marquês de Olinda nº 175 - Bairro do Recife
Recife - PE - CEP. 50030-000- Tel.: (081)3087-9230- Fax.: (081)3087-9230.



EXCELSIOR SEGUROS

em nome de qualquer pessoa física, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 2.797, de 04/12/2007.

PORTO
VIRGINIA

PORTO
VIRGINIA

Recife, 20 de fevereiro de 2014.

COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

José Tupinambá Coelho / Sérgio de Petribu Bivar

Cartório Porto Virgino, Fone: (81)3224-8885 - Rua Tumazina, nº 121
Reconheço por SEMELHANÇA as assinaturas indicadas de SÉRGIO
DE PETRIBU BIVAR e JOSÉ TUPINAMBÁ COELHO, a qual confere
com o padrão registrado nesta serventia. Dou Fe. Recife, 20 de
fevereiro de 2014. Empl: RS 2.440.

Em test. da verdade.

Rosana Farias Barbosa

Rosana Farias Barbosa - Escrevente Autorizada

Válida somente com o selo de autenticidade 15.58



COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS - Av. Marquês de Olinda nº 175 - Bairro do Recife
Recife - PE - CEP. 50030-000- Tel.: (081)3087-9230- Fax.: (081)3087-9230.



COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS
CNPJ nº 32.054.526/0001-92 / NIRE nº 26.3.0001024-1

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
REALIZADA EM 18 DE AGOSTO DE 2011**
(Homologada pela SUSEP - Carta nº 322/2012/SUSEP/SEGER, de 20/09/2012)

Data, hora e local: dia 18 de agosto de 2011, às 9:00 horas, na sede social, na Avenida Marquês de Olinda nº 175 - 4º andar - bairro Recife Antigo - Recife / PE.

Convocação: anúncios pessoais entregues a cada um dos membros do Conselho.

Presenças: a totalidade dos membros do Conselho de Administração.

Mesa: Presidente: Luciano Caldas Bivar
Secretária: Catarina de Petribú Bivar

Deliberações: considerando que a Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, através da CARTA SUSEP/DIRAT/CGRAT/Nº 417/11, de 15 de julho de 2011, homologou as deliberações tomadas pelos acionistas em Assembleia Geral Ordinária realizada em 30 de março de 2011, em especial, a reeleição dos membros do Conselho de Administração para o triênio 2011/2014, reúnem-se os Conselheiros empossados, deliberando, por unanimidade de votos dos presentes, **reeleger** todos os atuais membros da Diretoria para o triênio 2011/2014 bem como ratificar a designação dos Diretores responsáveis perante a SUSEP, nos termos das Circulares SUSEP nº 234/03, 249/04 e 344/07 e das Resoluções CNSP nº 118/04 e 143/05, sem prejuízo das demais responsabilidades estatutárias pertinentes aos cargos. Foram **reeleitos**: **Diretor Presidente - Mucio Novaes de Albuquerque Cavalcanti**, brasileiro, casado, economista, residente e domiciliado à Rua do Futuro nº 342 apto. 1302 - bairro Afritos - Recife - PE, RG nº 1.118.805 - SSP / PE, CPF nº 093.656.054-15, com as atribuições previstas no Estatuto Social e como Responsável pelo Cumprimento do Disposto na Lei nº 9.613, de 03/03/1998, com a incumbência de desenvolver e implementar procedimentos de controle que viabilizem a fiel observância das disposições sobre os crimes de "lavagem de dinheiro" ou ocultação de bens, direitos e valores, conforme disposto na Circular SUSEP nº 234, de 28/08/2003; **Diretor Superintendente - José Tupinambá Coelho**, brasileiro, casado, administrador de empresas, residente e domiciliado à Rua Atlântico nº 62 apto. 1002 - Pina - CEP 51011-220 - Recife - PE, RG nº 1319-CRA/PE, CPF/MF nº 032.463.104-91, com as atribuições previstas no Estatuto Social e pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de Contabilidade previstos na regulamentação em vigor, conforme disposição da Resolução CNSP nº 118/2004; **Diretor Executivo e de Relações com a SUSEP - George Ricardo Martins de Souza**, brasileiro, casado, economista, residente e domiciliado à Travessa São Vicente de Paulo nº 32 apto. 901 - Ingá - CEP 24210-570, Niterói - RJ, RG nº 5.092.420-8 - DETRAN/RJ, CPF/MF nº 617.395.457-53, com as atribuições previstas no Estatuto Social e designado como Responsável junto à SUSEP, respondendo pelo relacionamento com a

ATA DE 18 DE 2011 - TUPINAMBÁ COELHO - ATA PARA REGISTRO NA JUCEPE.DOC

12



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CERTIFICO O REGISTRO EM: 05/10/2012

SOS Nº: 20126891940

Protocolo: 12/589194-0

Empresa: 26 3 0001024 1

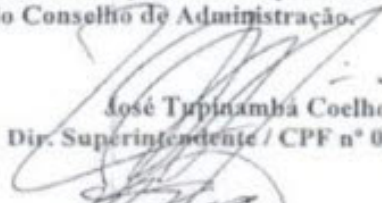
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

ROLDÃO ALVES PAES BARRETO



Autarquia; **Diretor Administrativo-Financeiro - Sergio de Petribu Bivar**, brasileiro, solteiro, economista, residente e domiciliado à Av. Beira Mar nº 1626/1301, Piedade, Jaboatão dos Guararapes - PE, RG nº 5.183.250-2 SSP/PE, CPF nº 026.896.134-41, com as atribuições previstas no Estatuto Social e designado como Responsável pelas Atividades Administrativas e Econômico-Financeiras, englobando o cumprimento de toda a legislação societária e aquela aplicável à consecução do objetivo social, e ainda como Responsável pelo Sistema de Controles Internos das atividades, dos sistemas de informações e do cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis à Seguradora, em cumprimento do disposto na Circular SUSEP nº 249/04, bem como pelas atividades dos Controles Internos Específicos para a Prevenção Contra Fraudes, em cumprimento do disposto na Circular SUSEP nº 344/07; **Diretor Técnico - Oldemar de Souza Fernandes**, brasileiro, casado, securitário, residente e domiciliado à Rua São Salvador nº 60 apto. 302 - Espinheiro - CEP 52020-200 - Recife - PE, RG nº 4.337.260-SSP/SP, CPF/MF nº 337.325.318-72, com as atribuições previstas no Estatuto Social e designado como Responsável pela supervisão das Atividades Técnicas, englobando a elaboração de produtos, respectivos regulamentos, condições gerais, condições especiais e notas técnicas, bem como os cálculos que permitam a adequada constituição das provisões, reservas e fundos; **Diretor Comercial - Ari Colfman**, brasileiro, casado, securitário, residente e domiciliado à Rua Alfredo Regis Lima Mota nº 447 - Candeias, Jaboatão dos Guararapes - PE, RG nº 724.463 - SSP/PE, CPF/MF nº 012.951.364-49, com as atribuições previstas no Estatuto Social e designado como Responsável junto à SUSEP, pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de registro das apólices e endossos emitidos e dos co-seguros aceitos, conforme disposição da Resolução CNSP nº 143/2005. Os Diretores reeleitos preenchem as condições previstas na legislação em vigor, e declaram, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer a administração da Sociedade em virtude de condenação criminal. A posse dos Diretores reeleitos para o triênio 2011/2014 se dará após a homologação de seus nomes pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, sendo que permanecerão em suas funções até que a Diretoria a ser eleita no ano de 2014 receba a homologação daquele Órgão. Na sequência dos trabalhos, disse o Sr. Presidente que as matérias ora aprovadas somente entrarão em vigor e se tornarão efetivas depois de homologadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP e de estarem atendidas todas as exigências legais de arquivamento na Junta Comercial e publicação. **Encerramento:** Nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente determinou a lavratura desta ata que, depois de lida e aprovada, vai assinada pelos Conselheiros presentes. Recife, 18 de agosto de 2011. Luciano Caldas Bivar - Presidente / Catarina de Petribu Bivar - Secretário / Luciano de Petribu Bivar

Atestamos que esta é cópia fiel extraída do original transcrito no Livro de Atas de Reuniões do Conselho de Administração.


José Turpinamba Coelho
Dir. Superintendente / CPF nº 032.463.104-91


Sergio de Petribu Bivar
Dir. Adm. Financeiro / CPF nº 026.896.134-41


Anderson Fernandes Peixoto
Gestor Jurídico / OAB/PE 29854

RCA 18 08 2011 - TUPLE SÉRGIO - ATA PARA REGISTRO NA JUCEPE.DOC



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CERTIFICADO O REGISTRO EM: 05/10/2012
SOB Nº: 20126891940
Protocolo: 12/689194-0

Empresa: 26 3 0001024 1
CONTRATADA EXCELSIOR DE SEGUROS


ROLDÃO ALVES PAES BARRETO
Diretor Administrativo

COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CNPJ nº 33.054.826/0001-92 - NIRE nº 26.3.0001024-1

ESTATUTO SOCIAL

CONSOLIDADO E HOMOLOGADO PELA AGE DE 30 / 95 / 2011

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

Art. 1º - A COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (Companhia), com nome fantasia EXCELSIOR SEGUROS, constituída em 05 de junho de 1943 e autorizada a operar pelo Decreto nº 15.102, de 21 de março de 1944, será regida pelo disposto neste Estatuto e pelas disposições legais aplicáveis.

Art. 2º - A Companhia tem sede e foro na Avenida Marquês de Olinda nº 175 - bairro Recife Antigo, CEP 50030-000, Cidade do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, podendo abrir e encerrar sucursais, filiais, inspetorias de produção ou escritórios de representação em qualquer parte do país, por deliberação da Diretoria, observada a legislação aplicável.

Art. 3º - A Companhia tem por objeto:

- a) a realização das operações de seguros de danos, seguros de pessoas e co-seguros, como definidas na legislação própria;
- b) participar de outras sociedades como sócia ou acionista.

Art. 4º - O prazo de sua duração será indeterminado.

CAPÍTULO II

DO CAPITAL E DAS AÇÕES

Art. 5º - O Capital da Companhia é de R\$ 33.151.944,70 (trinta e três milhões, cento e cinquenta e um mil, novecentos e quarenta e quatro reais e setenta centavos), representado por 4.060.084.552 (quatro bilhões, sessenta milhões, oitenta e quatro mil, quinhentas e cinquenta e duas) ações ordinárias nominativas sem valor nominal, podendo a Assembleia Geral de Acionistas autorizar a emissão de ações preferenciais de uma única classe até o montante correspondente a 2/3 (dois terços) do total das ações ordinárias representativas do Capital Social, todas nominativas e sem valor nominal.

§ 1º - A cada ação ordinária corresponderá um voto nas deliberações das Assembleias.

§ 2º - As ações preferenciais não terão direito de voto nas reuniões das Assembleias Gerais e gozarão exclusivamente das seguintes prioridades:

- (I) reembolso do capital social, sem prêmio;
- (II) recebimento de dividendos fixos equivalentes a até 10% (dez por cento) do valor do patrimônio líquido da ação.

§ 3º - A Companhia poderá emitir certificados representativos das ações, os quais serão sempre assinados por 2 (dois) Diretores. Todas as despesas efetivamente incorridas pela

Página 1 de 10



Companhia na substituição ou desdobramento dos certificados, deverão ser reembolsadas pelo acionista que solicitar tal substituição ou desdobramento.

§ 4º - As ações ordinárias da Companhia poderão ser convertidas em ações preferenciais, a critério do acionista, respeitados os limites legais, sendo vedada a conversão de ações preferenciais em ações ordinárias.

CAPÍTULO III DA ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

SEÇÃO I - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 6º - A sociedade será administrada pelo Conselho de Administração e pela Diretoria.

Art. 7º - A remuneração global do Conselho de Administração e da Diretoria será fixada pela Assembleia Geral e sua divisão entre os membros de cada órgão será determinada pelo Conselho de Administração.

Art. 8º - Os Conselheiros e Diretores eleitos serão investidos nos seus cargos após a homologação de seus nomes pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, mediante a publicação de lista de posse no livro de atas do Conselho de Administração ou da Diretoria, conforme o caso, e permanecerão no exercício de suas funções até a posse de seus substitutos.

SEÇÃO II - DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Art. 9º - O Conselho de Administração será composto de no mínimo 3 (três) e no máximo 5 (cinco) membros, acionistas, eleitos pela Assembleia Geral, com mandato de 3 (três) anos, permitida a reeleição.

Parágrafo Único - A Assembleia Geral que eleger os membros do Conselho de Administração designará, entre eles, o Presidente do órgão.

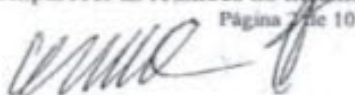
Art. 10 - Nos casos de ausência ou impedimento temporário, o Presidente será substituído pelo Conselheiro que o substitua.

Art. 11 - Em caso de vaga, renúncia ou impedimento definitivo de qualquer um dos Conselheiros, o cargo ficará vago até a realização da próxima Assembleia Geral; se ocorrer vacância da maioria dos cargos, a Assembleia Geral será imediatamente convocada para nova eleição; e no caso de vacância de todos os cargos, competirá à Diretoria convocar de imediato a Assembleia Geral.

Art. 12 - O Conselho de Administração reunir-se-á ordinariamente uma vez a cada 6 (seis) meses e, extraordinariamente, a qualquer tempo, sempre que convocado por seu Presidente ou por dois Conselheiros, através de carta ou outro meio de comunicação, com antecedência mínima de 3 (três) dias. As reuniões realizar-se-ão independentemente de convocação, caso se verifique a presença de todos os Conselheiros em exercício.

Parágrafo Único - Os membros da Diretoria que não sejam membros do Conselho de Administração podem comparecer às reuniões do mesmo, sem direito a voto.

Página 7 de 10



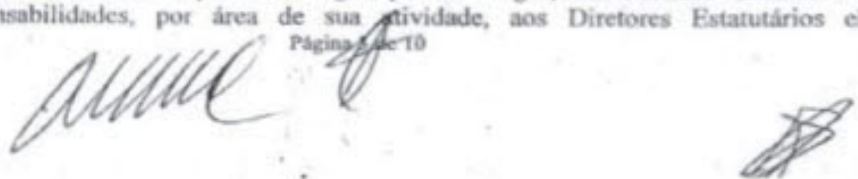
Art. 13 - O Conselho de Administração se instalará com a presença da maioria de seus membros, e suas deliberações serão tomadas pela maioria de votos dos Conselheiros presentes.

Art. 14 - Compete ao Conselho de Administração:

- I -** fixar a orientação geral dos negócios da Companhia;
- II -** eleger e destituir os Diretores e fixar-lhes as atribuições na forma deste Estatuto;
- III -** estabelecer os limites operacionais de atuação dos Diretores, fixando-lhes a competência para deferir negócios, celebrar contratos e demais atos administrativos;
- IV -** examinar a qualquer tempo os Livros e papéis da Companhia e manifestar-se previamente sobre atos, contratos e operações segundo determinem este Estatuto, o Regimento Interno ou a seu critério;
- V -** estabelecer, designando o Diretor por elas responsável, regiões e áreas administrativas, aprovar a criação ou extinção de sucursais, filiais, inspetorias, representações ou escritórios;
- VI -** convocar a Assembleia Geral;
- VII -** manifestar-se sobre o Relatório da Administração e as contas da Diretoria;
- VIII -** escolher e destituir os Auditores Independentes;
- IX -** autorizar a alienação, oneração e arrendamento de bens do ativo permanente em valor superior a 5% (cinco por cento) do patrimônio líquido da Companhia e de bens imóveis em qualquer valor, bem como a prestação de garantias inclusive fidejussórias a favor de terceiros;
- X -** aprovar o Regimento Interno;
- XI -** declarar dividendo intermediário à conta do Lucro Líquido, Lucros Acumulados ou Reservas Livres existentes;
- XII -** deliberar sobre aquisição e alienação direta ou indireta de participações societárias, sempre que essa participação represente mais do que 10% do capital social da Companhia investida;
- XIII -** deliberar sobre atos que envolvam transformação, fusão, cisão, incorporação e extinção de sociedades das quais possua participação societária;
- XIV -** vetar as deliberações da Diretoria, podendo determinar novo exame do assunto;
- XV -** aprovar os planos de ação e o orçamento-programa, anuais e plurianuais;
- XVI -** decidir sobre os planos de expansão ou de redução das atividades;
- XVII -** submeter à Assembleia Geral a proposta de reforma do Estatuto e a destinação a ser dada ao lucro líquido do exercício;
- XVIII -** decidir sobre contratos entre a Companhia e seus acionistas ou pessoas ligadas;
- XIX -** deliberar, ad referendum da Assembleia Geral, sobre o grupamento ou desdobramento das ações que compõem o capital social;
- XX -** distribuir aos administradores e/ou empregados da Companhia, participação nos lucros e/ou resultados da Companhia, nos limites fixados pela Assembleia Geral;
- XXI -** fixar a remuneração individual dos Conselheiros e Diretores para os quais a Assembleia Geral tenha aprovado o montante global;
- XXII -** criar órgãos e comitês de apoio administrativo, podendo eleger e destituir seus membros, determinar-lhes a competência de atuação e fixar as respectivas remunerações;
- XXIII -** exercer outras atribuições legais ou que lhe sejam conferidas pela Assembleia Geral, bem como resolver os casos omissos ou não previstos neste Estatuto.

Art. 15 - Nos termos do disposto na legislação em vigor, em Reunião Ordinária serão atribuídas responsabilidades, por área de sua atividade, aos Diretores Estatutários eleitos

Página 2 de 10



regularmente pela Reunião do Conselho de Administração convocada para esse fim, e que acumularão as funções estabelecidas.

Art. 16 - A Assembléia Geral poderá deixar vagos os cargos que julgar convenientes.

Parágrafo Único - O Conselho de Administração poderá atribuir, em caráter permanente ou transitório, funções especiais, a qualquer de seus membros ou da Diretoria Executiva, com a intitulação que entender conveniente, não conflitantes com as atribuições privativas estabelecidas neste Estatuto.

SEÇÃO III - DA DIRETORIA

Art. 17 - A Diretoria da Companhia será composta de 2 (dois) a 10 (dez) membros, acionistas ou não, eleitos e podendo ser destituídos a qualquer tempo pelo Conselho de Administração, com mandato de 3 (três) anos, permitida a reeleição.

Parágrafo Único - A Diretoria poderá nomear funcionários de sua confiança para o cargo de Diretor Adjunto, mantidas as condições de empregados, vedada a concessão de poderes que a Lei ou este Estatuto atribuírem exclusivamente a Diretores eleitos pelo Conselho de Administração.

Art. 18 - O Conselho de Administração fixará os poderes e as atribuições de cada Diretor, nomeando dentre eles os cargos previstos neste Estatuto.

Art. 19 - Nos casos de ausência ou impedimento temporário de qualquer dos Diretores, suas atribuições serão exercidas pelo Diretor que dentre os demais seja escolhido e designado pelo Conselho de Administração.

Art. 20 - Em caso de vaga, renúncia ou impedimento definitivo de qualquer um dos Diretores, o Conselho de Administração, no prazo de 30 (trinta) dias contado da vacância, elegerá um novo Diretor para completar o mandato do substituído.

Art. 21 - A Diretoria se reunirá sempre que necessário, mediante convocação do Diretor-Presidente ou 2 (dois) Diretores e com a presença da maioria de seus membros, cabendo ao Diretor-Presidente presidir as reuniões e, na sua ausência, a qualquer Diretor que for escolhido na ocasião.

Art. 22 - As deliberações da Diretoria serão tomadas pela maioria de votos dos presentes e, no caso de empate, o Diretor-Presidente usará o voto de qualidade.

Art. 23 - A Companhia se considerará obrigada pela assinatura conjunta de dois Diretores ou de um Diretor com um Procurador nomeado pelo Diretor-Presidente e por um Diretor.

Art. 24 - Compete à Diretoria:

I - cumprir e fazer cumprir o presente Estatuto, as resoluções do Conselho de Administração e a legislação em vigor;

II - praticar todos os atos necessários à consecução do objeto social;

III - criar e extinguir dependências;

IV - representar a sociedade, ativa e passivamente, em juízo ou fora dele, observadas as disposições legais e/ou estatutárias pertinentes e as deliberações da Assembléia Geral e do Conselho de Administração.

Página 10 de 10



Art. 25 - Qualquer membro da Diretoria, além de suas atribuições e poderes, poderá exercer, cumulativamente, os cargos de atribuições específicas dos Diretores Estatutários, e tem poderes de representação perante os órgãos públicos federais, estaduais ou municipais, bem como demais entidades de direito público ou privado, desde que tenha sido aprovado por deliberação do Conselho de Administração.

Art. 26 - São funções específicas dos Diretores Estatutários, conforme atribuições da legislação pertinente em vigor:

Diretor Presidente, com poderes para:

- a) representar a Companhia em juízo ou fora dele;
- b) solicitar a qualquer tempo ao Presidente do Conselho de Administração a convocação deste para deliberar sobre matéria encaminhada pela Diretoria Executiva;
- c) constituir, mediante a aprovação da Diretoria Executiva, por prazo e para fins determinados, mandatários em nome da Companhia, outorgando-lhe poderes específicos;
- d) solicitar ao Diretor Superintendente a elaboração dos programas e projetos relativos às atividades da Companhia, o orçamento anual com previsão discriminada das receitas e despesas, as demonstrações financeiras, a prestação de contas e os relatórios circunstanciados das atividades operacionais e de situação econômico-financeira da Companhia, a serem submetidos ao Conselho de Administração;
- e) cumprir e fazer cumprir as decisões do Conselho de Administração às normas estatutárias, bem como à legislação e determinações da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP pertinentes às Seguradoras;
- f) assinar os contratos, acordos e convênios de interesse da Companhia, aprovados pelo Conselho de Administração, bem como assinar os cheques juntamente com o Diretor Superintendente, outro Diretor ou Procurador com poderes próprios;
- g) administrar e dirigir os recursos, bens, serviços e negócios da Companhia, movimentando, em conjunto com o Superintendente, outro Diretor ou Procurador com poderes próprios, suas contas bancárias e os seus valores financeiros;
- h) encaminhar às autoridades competentes, especialmente à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, juntamente com o Diretor de Relações com a SUSEP, as contas, demonstrações financeiras, relatórios e demais dados contábeis, financeiros, orçamentários e demonstrações pertinentes ao Balanço Geral da Companhia;
- i) submeter ao Conselho de Administração, até o dia 30 de outubro de cada ano, a proposta orçamentária para o ano seguinte, onde especificará, separadamente, as receitas e despesas, de capital e de operações;
- j) submeter ao Conselho de Administração, até o dia 31 de janeiro de cada ano, o Balanço Geral, as demonstrações financeiras e os relatórios circunstanciados relativos às atividades do ano anterior;
- k) adquirir e alienar bens móveis e imóveis, quando previamente autorizados pelo Conselho de Administração e respeitadas as normas estabelecidas pela legislação em vigor;
- l) criar e extinguir comissões e grupos de trabalho;
- m) autorizar e ratificar a realização das despesas extraordinárias, assim consideradas aquelas não previstas em orçamento em até, no máximo, 10 (dez) salários mínimos.

Diretor Superintendente, com poderes para:

- a) coordenar, supervisionar e executar atividades e serviços administrativos, financeiros e operacionais da Companhia, praticando os demais atos que forem determinados pelo Conselho de Administração ou pelo Presidente da Diretoria Executiva;
- b) comparecer, quando convocado, às reuniões do Conselho de Administração para prestar esclarecimentos e discutir questões de sua área;

Página 53 de 10



c) elaborar, em conjunto com o Diretor Administrativo/Financeiro, a proposta orçamentária, o relatório das atividades, a prestação de contas mensal, o balanço intermediário e o geral e as demonstrações financeiras a serem submetidas à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração;

d) admitir e dispensar técnicos especializados, administrativos e auxiliares, necessários às realizações da Companhia, cumpridas as formalidades legais;

e) apresentar estrutura administrativa para a Diretoria Executiva, compondo cargos e salários;

f) apresentar para a Diretoria Executiva o Plano de Ação Anual e Orçamento, para a aprovação do Conselho de Administração;

g) coordenar a captação de negócios;

h) manter e dirigir a correspondência, o serviço de comunicação e o de divulgação;

i) controlar e manter sob sua supervisão os Livros, documentos, registros e outros papéis da Companhia;

j) interagir com todos os setores e órgãos da Companhia, para que sejam cumpridas as finalidades previstas neste Estatuto.

Diretor de Relações com a SUSEP, respondendo pelo relacionamento com a Autarquia, prestando, isoladamente ou em conjunto com outros Diretores, as informações por ela requeridas.

Diretor Administrativo-Financeiro, responsável pela supervisão das atividades administrativas e econômico-financeiras, englobando o cumprimento de toda a legislação societária e aquela aplicável à consecução do objetivo social.

Diretor Técnico, responsável pela supervisão das atividades técnicas, englobando a elaboração de produtos, respectivos regulamentos, condições gerais, condições especiais e notas técnicas, bem como os cálculos que permitam a adequada constituição das provisões, reservas e fundos.

Diretor Comercial, tendo como função básica planejar, ordenar, fazer executar, orientar e controlar todas as atividades subordinadas à Produção e à Gerência das Sucursais, Filiais, Representações e Inspetorias de Produção, de acordo com a política empresarial.

Diretor Responsável pelo cumprimento das normas de Contabilidade, responsável junto à SUSEP, pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade previstos na regulamentação em vigor, conforme disposição da Resolução CNSP nº 118/2004.

Diretor Responsável pelo Sistema de Controles Internos, das atividades, dos sistemas de informações e do cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis à Seguradora, em cumprimento do disposto na Circular SUSEP nº 249/04.

Diretor Responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 03/03/1998, com a incumbência de desenvolver e implementar procedimentos de controle que viabilizem a fiel observância das disposições sobre os crimes de "lavagem de dinheiro" ou ocultação de bens, direitos e valores, conforme disposto na Circular SUSEP nº 234, de 28/08/2003.

Diretor Responsável pelo Sistema de Prevenção contra Fraudes, das atividades dos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes, dos sistemas de informações e do cumprimento das normas legais e regulamentares aplicáveis à Seguradora, em cumprimento do disposto na Circular SUSEP nº 344, de 21/06/2007.

Página 4 de 10



Art. 27 - A Diretoria tem amplos poderes de administração e gestão dos negócios sociais aprovados pelo Conselho de Administração, podendo deliberar sobre quaisquer matérias relacionadas com o objetivo social, bem como adquirir, alienar e gravar bens móveis e imóveis, contrair obrigações, celebrar contratos, transigir e renunciar a direitos, sendo vedado à sociedade prestar fiança, aval, aceite ou coobrigar-se sob qualquer forma.

§ 1º - Em todos os atos ou instrumentos que criem, modifiquem ou extingam obrigações da Companhia, esta será representada por dois Diretores em conjunto, ou, ainda, por um Diretor em conjunto com um procurador com poderes especiais, constituído por mandato assinado por dois Diretores.

§ 2º - A Companhia poderá ser, excepcionalmente, representada por um único Diretor ou procurador com poderes especiais, nas Apólices representativas dos Contratos de Seguros nos Ramos em que está autorizada a operar.

§ 3º - Os procuradores "ad negotia" serão constituídos por mandato com prazo não superior a 1 (um) ano, na forma estabelecida nos §§ 1º e 2º precedentes, no qual serão especificados os poderes outorgados.

§ 4º - Na abertura, movimentação ou encerramento de contas de depósitos bancários, bem como no endosso de cheques emitidos a favor da Companhia para depósito em conta bancária de terceiros, a Companhia será representada na forma estabelecida nos §§ 1º e 2º precedentes.

§ 5º - O endosso de cheques para depósito em conta corrente da Companhia somente poderá ser efetuado mediante assinatura de dois Diretores ou de um Diretor e um Procurador com poderes especiais.

§ 6º - Nas reuniões ou Assembléias Gerais de sociedades de que seja sócia quotista ou acionista, a Companhia poderá ser representada por qualquer Diretor ou por um procurador com poderes especiais, constituído por mandato assinado na forma deste artigo.

Art. 28 - Obedecidas as disposições legais e além das aplicações pertinentes às reservas técnicas, a Diretoria fica autorizada a aplicar as disponibilidades da Companhia, inclusive na aquisição de participação societária em outras sociedades.

Art. 29 - A representação ativa ou passiva da sociedade, em Juízo ou fora dele, bem como em atos, contratos e mandatos, será exercida pelo Diretor Presidente isoladamente ou por dois Diretores em conjunto.

Art. 30 - Compete a cada Diretor exercer os encargos que lhes sejam atribuídos pelo Conselho de Administração, acatando as normas gerais fixadas pelo Estatuto e pelo Regimento Interno e as designações do Diretor Presidente.

Parágrafo Único - Também compete a qualquer Diretor, ou aos procuradores com poderes expressos, a representação da Companhia perante as repartições oficiais fiscalizadoras ou controladoras de seguros e outras, bem como perante quaisquer terceiros.

Art. 31 - A Diretoria terá a remuneração mensal atribuída pelo Conselho de Administração, segundo seus próprios critérios, a título de honorários mensais.

Página 7 de 10



§ 1º - Além da remuneração fixada neste artigo, os Diretores Estatutários receberão uma gratificação de Natal anual, no valor dos honorários mensais individuais que estiverem vigorando, na mesma ocasião e segundo os mesmos critérios adotados para os funcionários.

§ 2º - Aos Diretores Estatutários será atribuída uma participação anual de 10% (dez por cento) do Resultado Operacional do exercício, a ser distribuída na forma estabelecida em reunião do Conselho de Administração.

CAPÍTULO IV DO CONSELHO FISCAL

Art. 32 - O Conselho Fiscal é um órgão de funcionamento não permanente que será instalado, por deliberação da Assembleia Geral, para funcionar até a realização da primeira Assembleia Geral Ordinária que se seguir à sua instalação.

Parágrafo Único - Nos exercícios sociais em que for instalado o Conselho Fiscal, para a sua constituição e atribuições serão observadas as normas do Capítulo XIII da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

CAPÍTULO V DA ASSEMBLÉIA GERAL

Art. 33 - A Assembleia Geral de Acionistas reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos três primeiros meses subsequentes ao término do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais exigirem, obedecidas as prescrições da legislação societária.

§ 1º - A Assembleia Geral será convocada e instalada pelo Presidente do Conselho de Administração, sendo presidida e secretariada por acionistas escolhidos pelos presentes.

§ 2º - As deliberações da Assembleia Geral, observadas as prescrições legais, serão tomadas por maioria absoluta de votos, não se computando os votos em branco.

§ 3º - O acionista poderá ser representado na Assembleia Geral por seu representante legal ou por procurador constituído a menos de um ano, observado o disposto no § 1º do art. 126 da Lei nº 6.404/76.

Art. 34 - Verificando-se o caso de existência de ações como objeto de comunhão, o exercício dos direitos a elas referentes caberá a quem os condôminos designarem figurar como representante junto à Companhia, ficando suspenso o exercício desses direitos enquanto não for feita a designação.

CAPÍTULO VI DO EXERCÍCIO SOCIAL E DOS RESULTADOS

Art. 35 - O exercício social encerra-se no dia 31 de dezembro de cada ano, quando é levantado o balanço patrimonial e elaboradas as demonstrações financeiras.

Art. 36 - Do lucro apurado no exercício serão deduzidos, obedecidas as disposições legais:
a) os eventuais prejuízos acumulados.

Página 8 de 10



- b) a provisão para o imposto de renda;
- c) até 10% (dez por cento) para atender a participação dos Diretores Estatutários, obedecidas as disposições legais.

Parágrafo Único - O prejuízo do exercício será obrigatoriamente absorvido pelos lucros acumulados, pelas reservas de lucros e pela reserva legal, nessa ordem.

Art. 37 - Do lucro líquido do exercício, atendidas e observadas as disposições legais, 5% (cinco por cento) se destinarão à constituição de Reserva Legal, cujo total não pode exceder 20% (vinte por cento) do Capital Social.

§ 1º - Os acionistas detentores de ações ordinárias têm direito ao recebimento de um dividendo anual mínimo obrigatório de 25% (vinte e cinco por cento) do lucro líquido de cada exercício social, ajustado nos termos da lei.

§ 2º - Os dividendos não reclamados no prazo de 3 (três) anos, contados da data em que tenham sido postos à disposição dos acionistas, prescrevem em favor da Companhia.

Art. 38 - O saldo livre do lucro líquido do exercício terá a destinação que a Assembleia Geral determinar.

Art. 39 - O dividendo deverá ser pago, salvo deliberação em contrário da Assembleia Geral, no prazo de 60 (sessenta) dias da data em que for declarado e, em qualquer caso, dentro do mesmo exercício social.

Art. 40 - A Assembleia Geral poderá deliberar, desde que não haja oposição de qualquer acionista presente com direito a voto, a distribuição de dividendo inferior ao obrigatório, ou a retenção de todo o lucro, nos termos do § 3º do art. 202 da lei societária.

CAPÍTULO VII DOS ACORDOS DE ACIONISTAS

Art. 41 - A Companhia, sua Assembleia Geral, e os seus administradores observarão obrigatoriamente as disposições contidas em acordos de acionistas arquivados na sede social, não produzindo qualquer efeito os atos praticados ou os votos proferidos em desconformidade com o estipulado em tais acordos.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 42 - A Companhia poderá sofrer cisão, fusão ou incorporação de acordo com os casos previstos na legislação societária, competindo à Assembleia Geral, convocada para tal finalidade, estabelecer o conceito ou forma que venha adotar, sendo que as decisões deverão ser tomadas por maioria absoluta de votos dos acionistas presentes.

Art. 43 - A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei.

Art. 44 - Os casos omissos serão resolvidos de conformidade com a legislação em vigor.

Página 9 de 10

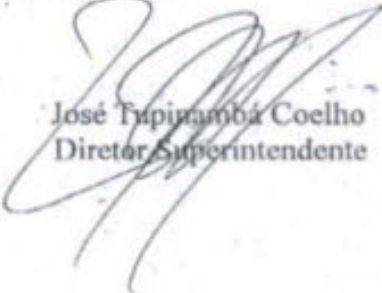


Art. 45 - O presente Estatuto entrará em vigor na data da sua homologação pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Recife, 30 de maio de 2011

COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS


Mucio Novaes de Albuquerque Cavalcanti
Diretor Presidente


José Tupinambá Coelho
Diretor Superintendente


Anderson Peixoto OAB/PE 29854



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CERTIFICO O REGISTRO EM: 26/09/2011

SOB Nº: 20112015204

Protocolo: 11/201520-4

Empresa: 26 3 0001024 1
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS


ROLDÃO ALVES PAES BARRETO
SECRETÁRIO-GERAL





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0002981-67.2020.8.17.2001
AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CERTIDÃO DE DEVOLUÇÃO DE AR COM RECEBIMENTO

Certifico que, nesta data, faço anexar aos presentes autos o AR referente a citação de COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS. O referido é verdade. Dou fé.

RECIFE, 30 de julho de 2020

PATRICIA CARLA DE OLIVEIRA RABELO

Diretoria Cível do 1º Grau



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

Nome: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Endereço: AV MARQUÊS DE OLINDA, 175, RECIFE, RECIFE - PE - CEP:
50030-000

ENDER

CEP / C

0002981-67.2020.8.17.2001

ID 59743153

4

UF

PAIS / PAYS

CITAÇÃO/INTIMAÇÃO Seção B da 34ª Vara Cível da Capital

DECLARAÇÃO DE CONTEUDO (SUJEITO A VERIFICAÇÃO) / DISCRIMINATION

NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI

☐ PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE

☐ EMS

☐ SEGURADO / VALEUR DECLARÉ

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RÉCEPTEUR

DATA DO RECEBIMENTO
DATE DE LIVRAISON

CARIMBO DE ENTREGA
UNIDADE DE DESTINO
BUREAU DE DESTINATION

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR

1º DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO
RECEBEDOR / ORGÃO EXPEDIDOR

RUBRICA E MAT. DO EMPREGADOR /
SIGNATURE DE L'AGENT

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERS

FC0463 / 16

114 X 186mm





AVISO DE
RECEBIMENTO
AVIS CN07

AR

(CÓDIGO DE BARRAS OU N° DE REGISTRO DO OBJETO)

JV

657 347 111h

DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT

25 JUN 2020

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

AGF SÃO JOSÉ

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

ENDEREÇO PARA
DEVOLUÇÃO
RETOUR

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NON OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR

DIRETORIA CÍVEL DE 1º GRAU DA CAPITAL
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO RESSO: RUA DAURELIANO - 1º ANDAR
ALDEIA NOVA - RECIFE PE CEP: 50.080-900

BRASIL
BRÉSIL



HABILITAÇÃO





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0002981-67.2020.8.17.2001
AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

ATO ORDINATÓRIO - autor e réu

Em conformidade ao disposto no Provimento do Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça de Pernambuco nº 08/2009, publicado no DOPJ de 09/06/2009, e nos termos do art. 152, VI, e do art. 203, § 4º ambos da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, intimo o(a)s Autor(a)(es)/Exequente(s) para, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar(em)-se sobre a(s) contestação(ões) e documento(s) por ventura anexados, bem como apresentar(em) resposta a(s) reconvenção(ões), caso apresentada(s). No mesmo prazo, intimo as partes para informarem se pretendem produzir outras provas, especificando-as em caso positivo.

RECIFE, 28 de agosto de 2020.

LAINE HANNA REIS RAPOSO
Diretoria Cível do 1º Grau



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) DE DIREITO DA SEÇÃO B DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE – PE

PROCESSO: 0002981-67.2020.8.17.2001

PROMOVENTE: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA

PROMOVIDA: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS S/A

IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA, em epígrafe, que tramita perante este Douto Juízo, por intermédio de seu bastante procurador que esta subscreve, vem perante Vossa Excelência, IMPUGNAR A CONTESTAÇÃO, expondo e ao final requer o seguinte:

A contestação apresentada pela demandada, não merece acolhimento, pois trata-se de expediente meramente procrastinatório, uma vez que tenta de todas as formas protelar o andamento do processo, senão vejamos:

DO MÉRITO

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

As alegações da Contestante não merecem acolhimento, pois toda a documentação indispensável e necessária ao deslinde da demanda foi devidamente acostada aos autos.

Ademais, a norma legal, determina o pagamento da indenização mediante a **SIMPLES**, prova do acidente e da extensão do dano, sendo que, as provas acostada junto a exordial demonstram a ocorrência do sinistro que vitimou o Autor, conforme se vislumbra nos autos.

A 2ª Câmara do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, em outro processo similar, assim decidiu:

PROCESSO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. VALOR PAGO A MENOR NA SEARA ADMINISTRATIVA. GRADAÇÃO LEGAL. PERCENTUAL DE INVALIDEZ CONSTANTE NO RELATÓRIO MÉDICO. DESNECESSIDADE LAUDO IML. INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR DEVIDA. SÚMULA 474 DO STJ. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA. HONORÁRIOS MANTIDOS. APELAÇÃO DO AUTOR PARCIALMENTE PROVIDA. 1. Ação de Indenização de seguro DPVAT pleiteada em função de invalidez permanente suportada pelo apelado como consequência de acidente automobilístico ocorrido em 15.01.2011. 2. Diante do quadro apresentado pela vítima do acidente, conforme relatório médico fls. 12/14, no qual restou demonstrado que o apelante apresenta debilidade permanente parcial incompleta no OMBRO DIREITO de grau INTENSO. 3. Estando o feito originário instruído com laudo médico circunstanciado, revela-se dispensável a confecção de laudo pelo IML, assim, não há que se falar na imprescindibilidade do laudo oficial emitido pelo IML para julgamento da causa. 4. Deve-se aplicar ao caso em análise o art. 3º, §1º, II, da Lei nº 6.194/74,



que versa sobre a proporcionalidade da indenização securitária, visto ser a invalidez em contenda parcial e de repercussão residual. 5. Assim, o valor indenizatório devido deve observar a seguinte fórmula: R\$ 13.500,00 (teto indenizatório - valor base) x 25% (percentual para perda completa da mobilidade de um dos ombros) x 75% (grau de incapacidade intensa), totalizando o valor de R\$ 2.531,25 (dois mil, quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos). Tendo em vista o comprovante de transferência acostado às fls. 38, que comprova o pagamento administrativo no valor de R\$ 1.687,50 (hum mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), assiste razão ao apelante, IRAQUITAN GOMES DA SILVA, no atinente à necessidade de complementação da indenização securitária administrativamente recebida, porém no valor de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos). 6. Acerca da fixação na sentença dos honorários sucumbenciais em 20% (vinte por cento), razão não assiste à apelante SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A em requerer seja aplicado percentual não superior a 15%, a teor do art. 11, §1º, da Lei nº 1.060/50, pois, conforme firmado entendimento do STJ, a referida norma foi revogada com o advento do Código de Processo Civil de 1973. 7. Recurso de apelação do autor, IRAQUITAN GOMES DA SILVA, parcialmente provido. Recurso de apelação da ré, SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A negado provimento. À Unanimidade. (Apelação 328347-20004476-16.2012.8.17.0001, Rel. Roberto da Silva Maia, 2ª Câmara Cível, julgado em 13/04/2016, DJe 26/04/2016)

Merece relevo, o fato de que a perícia médica pode ser determinada por este Juízo, para que seja apurado o grau de invalidez, devido ao sinistro narrado na inicial.

DO PAGAMENTO EM SEDE DE REGULAÇÃO ADMINISTRATIVA

Também não merece guarida a alegação de quitação, tendo em vista que a presente ação questiona o valor percebido administrativamente referente ao Seguro Obrigatório DPVAT. Além do que a referida quitação se estende até o valor percebido administrativamente.

Portanto, pois em nenhum momento requer o pagamento total do seguro e sim a complementação que entende ser devida, diante da situação em que se encontra, o que será devidamente apurado através de laudo Médico Pericial, a ser determinado por este juízo.

DA LEI 6.194/74

MM. JULGADOR, a Lei 6.194/74, em seu art. 3, II, dispõe que o valor da indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Assim, não é possível admitir que o Conselho Nacional dos Seguros Privados (CNSP) possa, por meio de portaria, limitar o valor da indenização, sobrepondo-se, dessa forma, à Lei nº 6.194/74.

É de bom alvitre destacar a seguinte decisão das Turmas Recursais dos Juizados Especiais Cíveis do Estado do Rio Grande do Sul sobre o tema:



"ACAO DE COBRANCA. SEGURO OBRIGATORIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRANSITO. INVALIDEZ PERMANENTE. PAGAMENTO PARCIAL.

I. **Preliminar de incompetência do Juízo afastada por ser desnecessária a produção de prova pericial para apurar o grau de invalidez, considerando-se que a Lei nº 6.194/74 fixa a indenização sem fazer qualquer diferenciação a graus de invalidez.**

II. A quitação dos valores não ultrapassa o valor posto no recibo, não impedindo que o autor postule receber a diferença ainda não paga.

III. Para os sinistros ocorridos antes da vigência da Medida Provisória 340, a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, é a única fonte legal apta e competente para fixar os valores das indenizações, não cabendo ao CNSP ou de qualquer outro órgão fixar ou alterar os valores indenizatórios cobertos pelo seguro obrigatório, cuja finalidade é cobrir os danos pessoais causados por veículos automotores.

IV. O salário mínimo não serve de fator de reajuste, mas como mero referencial para fixar a indenização, inexistindo ofensa ao disposto no art. 7º, inc. IV, da CF.

V. A correção monetária incide do pagamento parcial e juros a partir da mesma data. **SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO**". (3ª Turma. RI nº 71001608561. Julgado em 08 de abril de 2008).

Também o **TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO** já tem decidido quanto a questão quanto ao Grau de invalidez, senão vejamos:

Civil - Seguro - DPVAT - Apelação Cível - Ação de Cobrança de Diferença de Seguro - Invalidez Permanente - Inaplicabilidade da Tabela do CNSP - Inteligência Jurisprudencial - Aplicação do Art. 3º da Lei 6194/74, alterada pela Lei nº 8441/92 - Indenização de 40 (quarenta) salários mínimos - Possibilidade - Jurisprudência do STJ - Honorários fixados dentro dos parâmetros legais - Recurso provido parcialmente - Decisão unânime. (TJPE - 3ª Câmara Cível – Apelação nº 168242-0 – Apelante: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS S/A; Apelado: EDNALDO RICARDO DA SILVA; Rel. Des. SÍLVIO DE ARRUDA BELTRÃO, data do julgamento: 26/03/2009). (grifamos)

E MAIS:

PROCESSUAL CIVIL - AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA (DPVAT) - PROCEDÊNCIA DO PEDIDO - MANUTENÇÃO DA SENTENÇA - INVALIDEZ PERMANENTE - DESCABIMENTO GRADUAÇÃO DA SEQUELA - SINISTRO OCORRIDO EM 2000 - APLICÁVEL AO CASO A LEI 6.194/74 EM VEZ DA LEI 11.482/2007 - EM OBEEDIÊNCIA AO PRINCÍPIO DA IRRETROATIVIDADE DA LEI -LEGITIMIDADE DA VINCULAÇÃO DO DPVAT AO SALÁRIO MÍNIMO - SÚMULA 14 DO STJ - MANUTENÇÃO HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS FIXADOS - RECURSO IMPROVIDO. DECISÃO UNÂNIME. (TJPE - 6ª Câmara Cível – Apelação nº 178979-5 – Apelante: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS S/A; Apelado: EVANDRO DA SILVA NEGRÃO; Rel. Des. EDUARDO AUGUSTO PAURA PERES, data do julgamento: 03/02/2009). (grifamos)

DOS JUROS E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Também com relação aos juros de mora, Excelência, atento à Súmula 426 do E. STJ, o autor não requereu, em momento algum, que sua aplicação se desse desde a data do acidente.



No entanto, em relação à correção monetária o entendimento do autor diverge antagonicamente ao da ré, ponto vista que coincide com a consolidada jurisprudência deste país, como se pode demonstrar através de alguns julgados do E. Tribunal da Cidadania:

AGRAVO REGIMENTAL. AÇÃO DE COBRANÇA. INDENIZAÇÃO DO SEGURO [DPVAT](#). CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. 1.- **Na ação de cobrança de indenização do seguro [DPVAT](#) o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso.** 2.- Agravo Regimental improvido. (STJ - AgRg no AREsp: 46024 PR 2011/0149361-7, Relator: Ministro SIDNEI BENETI, Data de Julgamento: 16/02/2012, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: **DJe 12/03/2012** – grifos nossos sempre) SEGURO. [DPVAT](#). INDENIZAÇÃO. LEI N. [11.482/2007](#). CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. 1. No caso de acidente ocorrido na vigência da Lei n. [11.482/2007](#), **a indenização relativa ao seguro [DPVAT](#) deve corresponder a R\$ 13.500,00, de acordo com os percentuais previstos na tabela de condições gerais de seguro de acidente suplementada.** 2. **A correção monetária sobre dívida por ato ilícito incide a partir do efetivo prejuízo (Súmula n. 43/STJ).** 3. Agravo regimental provido em parte para se conhecer do recurso especial e dar-lhe parcial provimento. (AgRg no Ag 1.290.721/GO, Rel. Min. JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, QUARTA TURMA, DJe 14.6.11);

E AINDA:

SEGURO OBRIGATÓRIO ([DPVAT](#)). RECURSO ESPECIAL. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. INVIABILIDADE. ACIDENTE OCORRIDO ANTERIORMENTE À VIGÊNCIA DA LEI [8.441/92](#), QUE ALTEROU A REDAÇÃO DOS ARTIGOS [4](#), [5](#), [7](#) E [12](#) DA LEI [6.194/74](#). PAGAMENTO DE 50% DA INDENIZAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. CORREÇÃO MONETÁRIA. DATA DO ACIDENTE. JUROS DE MORA A CONTAR DA CITAÇÃO. [...] **6. No seguro obrigatório incide correção monetária desde o evento danoso e juros de mora a partir da citação. 7. Recurso especial parcialmente provido, apenas para reconhecer que os juros de mora devem incidir a partir da citação.** (REsp 875.876/PR, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe 27.6.11, grifos nossos sempre).

Destarte, o marco inicial para a correção monetária deverá, *data venia*, observar a **data do sinistro**, o que desde já se requer na espécie.

DO REQUERIMENTO:

PELO EXPOSTO, requer à Vossa Excelência, com fundamento no art. 3º, II c/c art 5º, §1º ambos da Lei n. 6.194/74, seja indeferida a preliminar suscitada pela Demandada e no mérito que seja JULGADA PROCEDENTE A PRESENTE DEMANDA NOS TERMOS DA EXORDIAL.

Requer ainda que seja determinada perícia médica judicial para que assim possa ser verificada a existência de invalidez permanente e a devida graduação de invalidez da Autora, conforme convênio TJPE/Seguradora Líder S/A, sendo desta forma feita a mais lúdima JUSTIÇA.

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Recife/PE, 31 de agosto de 2020.



Bel. Adson José Alves de Farias
OAB-PE 1292-A



PETIÇÃO DE PROVAS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00029816720208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho de fls. manifestar-se nos seguintes moldes:

A parte autora alega ser vítima de acidente de trânsito, encontrando-se supostamente inválido, razão pela qual, ajuizou a presente demanda com o fito de compelir a Ré ao pagamento do Seguro Obrigatório DPVAT no valor que entende devido.

Certo é, que todos os casos de indenização por invalidez, deverão passar por rigorosa perícia médica, para que seja verificado o GRAU de debilidade do segmento corporal afetado, em absoluta consonância com a Tabela disposta na Lei 11.945/2009, que estipula o percentual máximo para cada membro afetado, respeitando, ainda, o verbete sumular nº 474, do Superior Tribunal de Justiça.

Evidente, pois, que inexistente qualquer direito de indenização total ao autor, mormente por não haver prova pericial neste sentido, sendo incabível qualquer indenização integral, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez suportado pela parte autora.

Dessa forma, **REQUERER A REALIZAÇÃO DE PROVA PERICIAL TÉCNICA**, com a determinação de pagamento de honorários periciais nos termos convênio 014/2017, firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de setembro 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





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810520

Processo nº **0002981-67.2020.8.17.2001**

AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DESPACHO

Defiro a prova pericial e nomeio perito judicial o Sr. Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho, CRM-PE 16.868, com endereço à Rua Jornalista Paulo Bittencourt, nº 155, Sala 201, Empresarial Derby Park, bairro do Derby, nesta cidade, telefones de contato (81) 4101-0698 e (81) 99601 6614 e e-mail pmenezes.periciasmedicas.dpvat@gmail.com, que servirá escrupulosamente, independentemente de compromisso (art. 466 CPC/2015). Devendo o perito ser intimado do teor deste através de correio eletrônico.

A prova pericial será realizada no dia 17 de dezembro de 2020, das 13:00h às 15:00h, por ordem de chegada, no endereço indicado acima.

Intimem-se as partes, por seus advogados, para, no prazo de 5(cinco) dias, indicarem assistentes e formularem quesitos (CPC/2015, art. 465, § 1º, I e II).

Intime-se a parte ré para, no prazo de 10 (dez) dias depositar os honorários do perito judicial, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais), conforme os termos do Convênio nº 014/2017, a fim de que o feito possa prosseguir. Intime-se a parte autora pessoalmente, através de carta.

Após comprovado o depósito, intime-se o perito judicial, através de correio eletrônico (pmenezes.periciasmedicas.dpvat@gmail.com e pmenezes.periciasmedicas.dpvat@hotmail.com) para apresentar laudo no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da realização do exame médico judicial.

Recife, 15 de outubro de 2020.

Lara Corrêa Gambôa da Silva
Juíza de Direito

34VCB 8





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0002981-67.2020.8.17.2001
AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

INTIMAÇÃO DE DESPACHO - autor, réu e perito

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção B da 34ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 69563300, conforme segue transcrito abaixo:

" *DESPACHO Defiro a prova pericial e nomeio perito judicial o Sr. Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho, CRM-PE 16.868, com endereço à Rua Jornalista Paulo Bittencourt, nº 155, Sala 201, Empresarial Derby Park, bairro do Derby, nesta cidade, telefones de contato (81) 4101-0698 e (81) 99601 6614 e e-mail pmenezes.periciasmedicas.dpvat@gmail.com, que servirá escrupulosamente, independentemente de compromisso (art. 466 CPC/2015). Devendo o perito ser intimado do teor deste através de correio eletrônico. A prova pericial será realizada no dia 17 de dezembro de 2020, das 13:00h às 15:00h, por ordem de chegada, no endereço indicado acima. Intimem-se as partes, por seus advogados, para, no prazo de 5(cinco) dias, indicarem assistentes e formularem quesitos (CPC/2015, art. 465, § 1º, I e II). Intime-se a parte ré para, no prazo de 10 (dez) dias depositar os honorários do perito judicial, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais), conforme os termos do Convênio nº 014/2017, a fim de que o feito possa prosseguir. Intime-se a parte autora pessoalmente, através de carta. Após comprovado o depósito, intime-se o perito judicial, através de correio eletrônico (pmenezes.periciasmedicas.dpvat@gmail.com e pmenezes.periciasmedicas.dpvat@hotmail.com) para apresentar laudo no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da realização do exame médico judicial. Recife, 15 de outubro de 2020. Lara Corrêa Gambôa da Silva Juíza de Direito 34VCB 8 "*

RECIFE, 12 de novembro de 2020.

LAINE HANNA REIS RAPOSO
Diretoria Cível do 1º Grau



Ciente.



PETIÇÃO DE QUESITOS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00029816720208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho proferido por este Juízo, apresentar os seus quesitos.

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 (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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;

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



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.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de novembro 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



Anexo.



EXMO (A). SR (A). DR (A). JUIZ (A) DA 34ª VARA CÍVEL DA CAPITAL – SEÇÃO B

PROC.: 0002981-67.2020.8.17.2001

RECLAMANTE: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho, CRM-PE 16.868, CPF: 009.226.694-06, PIS/PASEP 19033820407, médico perito judicial, nomeado por Vossa Excelência para atuar como perito no processo em epígrafe vem, considerando o termino da sua lide e a entrega do laudo médico pericial

Solicitar a liberação de seus honorários, por meio de alvará e que seja informado quando da confecção do mesmo.

Nesses termos

Pede deferimento.

Recife, 17 de dezembro de 2020.



Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho
CRM 16.868
Médico Perito

☎ 81 4101.0698

✉ pmenezes.periciasmedicas.dpvat@gmail.com



Nº do processo: 0002981-67.2020.8.17.2001

Nome Completo: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Medidas COVID 19: Temperatura 36.3 Uso de Mascara: SIM (X) NÃO ()

CPF: 122.846.584-31

Vara: 34ª VARA CÍVEL DA CAPITAL – SEÇÃO B

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Local do Acidente:

ABREU E LIMA - PE

Data do Acidente: 28/09/2019

Avaliação

I) Há lesão cuja a etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo auto-motor de via terrestre?

a) ☒ Sim b) ☐ Não

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

5º dedo do pé esquerdo.

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fratura exposta do 5º dedo do pé esquerdo que culminou em amputação do dedo.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) ☐ Sim b) ☒ Não

Se sim, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ disfunções apenas temporárias

b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Ausência do 5º dedo do pé esquerdo.

V) Em virtude da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

a) ☐ Sim, em que prazo: _____

b) ☒ Não

Em caso de enquadramento da opção "a" ou de resposta afirmativa ao item V favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto em instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental).

(81) 4101.0698

pmenezes.periciasmedicas.dpvt@gmail.com

Paulo Menezes
Perícias Médicas
CRM-PE 16868
CPF.: 009.226.694-06

PAULO MENEZES

PERÍCIAS MÉDICAS

b.1) ☒ **Parcial Completo** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa e forma global algum segmento corporal da vítima).

Dano anatômico completo (100%) do 5º dedo do pé esquerdo

b.2) ☐ **Parcial Incompleto** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

Marque o percentual

1º Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve

☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

2º Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve

☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3º Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve

☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4º Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve

☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Informações Complementares

Data da realização do exame médico legal:

17/12/2020

Paulo Menezes
Perícias Médicas
CRM-PE 16868

CPF: 009.226.694-06

Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho

CRM-PE: 16.868

(81) 4101.0698

pmenezes.periciasmedicas.dpvtat@gmail.com



JUNTADA DE HONORÁRIOS PERICIAIS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00029816720208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Deferimento.

RECIFE, 21 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246


ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



			Nº DA CONTA JUDICIAL	
			0	
Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	TIPO DE JUSTIÇA
		17/12/2020	0	ESTADUAL
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO		
17/12/2020	040271700562012113	00029816720208172001		
UF/COMARCA		ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)
PE		Vara Cível	RÉU	300,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO			TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS			Jurídica	33054826000192
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE			TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
IGOR JOSE FELIX DA SILVA			FÍSICA	12284658431
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
CD19854697620E0A				
CÓDIGO DE BARRAS				
10498.39291 94000.100043 12486.658722 5 84950000030000				




RECIBO DO SACADO

		104-0	10498.39291 94000.100043 12486.658722 5 84950000030000	
Cedente / Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL			CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04	Agência / Código do Cedente 2717 / 839299
Nº do documento 040271700562012113	Nosso Número 14000000124866587-5	Vencimento 09/01/2021	Valor do Documento 300,00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 34A VARA CIVEL PROCESSO: 00029816720208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: IGOR JOSE FELIX DA SILVA / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01824493 - 1 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700562012113 OBS:				(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR				CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP:
Sacador/Avalista:				CPF/CNPJ:

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)

		104-0	10498.39291 94000.100043 12486.658722 5 84950000030000	
Local de pagamento PREFERENCIALMENTE NA REDE LOTERICA OU NAS AGENCIAS DA CAIXA				Vencimento 09/01/2021
Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL			CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04	Agência / Código do Cedente 2717 / 839299
Data do documento 11/12/2020	Nº do documento 040271700562012113	Espécie de docto. DJ	Aceite S	Data do processamento 11/12/2020
Uso do Banco CR	Carteira CR	Moeda R\$	Quantidade	Nosso Número 14000000124866587-5
				(=) Valor do Documento 300,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 34A VARA CIVEL PROCESSO: 00029816720208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: IGOR JOSE FELIX DA SILVA / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01824493 - 1 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700562012113 OBS:				(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR				CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP:
Sacador/Avalista:				CPF/CNPJ:

Autenticação - Ficha de Compensação



IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PERICIAL





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00029816720208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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 **IGOR JOSE FELIX 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:

DO LAUDO PERICIAL

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

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no 5º dedo do pé esquerdo com repercussão total (100%), efetuando o pagamento no valor de R\$675,00:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/02/2021 14:27:35
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021014273549400000073483586>
Número do documento: 21021014273549400000073483586

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010406 Cidade: Abreu e Lima Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA Data do acidente: 28/09/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P8). ALTA.
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
 Sequelas: Com sequela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no 5º dedo do pé esquerdo com repercussão total (100%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

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

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



médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 675,00.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 5 de fevereiro de 2021.

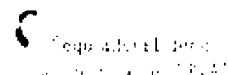
JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009461/20
Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
CPF: 122.846.584-31
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2019
Titular do CPF: IGOR JOSE FELIX 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
DUT
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA : 122.846.584-31

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: 08/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010406

Cidade: Abreu e Lima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do acidente: 28/09/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 10.836.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-93



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800
Ouvidoria 0800
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO 20/12/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/12/2019	CONTA/CONTRATO 007024883757
JOSENEIDE DO CARMO PERCILIO DA SILVA	TOTAL A PAGAR (R\$) 131,88	DATA DA APRESENTAÇÃO 14/12/2019	Nº DO CLIENTE 2016369327
CPF: 658.487.444-04		NÚMERO DA NOTA FISCAL 088199309	Nº DA INSTALAÇÃO 0000080582
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RUA JOSE BONIFACIO 218	RESERVADO AO FISCO C7C0.F705.DB48.EADE.7445.3B52.F44E.3739		
TIM BOABREU E LIMA 53620-395 ABREU E LIMA PE			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	142,80	0,75727874	107,63
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,67
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 080482502-11/10/19			0,87
TOTAL DA FATURA			131,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS		PIS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
113,24	25,00	28,31	0,44

COPINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
113,24	2,02	2,28	

EN ATÉ 10 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE					
Vencido	Di Recor	Valor	Vencido	Di Recor	Valo
16/06/19	14/12/19	20,19	17/06/19	08/02/19	108,1
17/07/19	06/06/19	124,53	20/05/19	08/06/19	119,8

Esta comunicação não substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento prevista por falta de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também esta submissão conforme os critérios definidos no Art. 29 REN 414/2010. Podem ocorrer a cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito BPC e SERPA

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,34633000	DEZ 19	00000000000000000000
		NOV 19	00000000000000000000
		OUT 19	00000000000000000000
		SET 19	00000000000000000000
		AGO 19	00000000000000000000
		JUL 19	00000000000000000000
		JUN 19	00000000000000000000
		MAY 19	00000000000000000000
		ABR 19	00000000000000000000
		MAR 19	00000000000000000000
		FEV 19	00000000000000000000
		JAN 19	00000000000000000000
		DEZ 18	00000000000000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
Geração de Energia	30,24 33,76
Transmissão	4,22 3,73
Distribuição (Celpe)	25,62 22,82
Encargos Setoriais	0,61 0,54
Tributos	31,08 27,45
Perdas de Energia	8,07 7,13
TOTAL	113,24 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DE PLANO	ANTERIOR		ATUAL		V. DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003161296790	QAT	12/11/2019	3.408,00	14/12/2019	3.547,00	32	1,00000	0,00	142,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS ANUAIS	METAS TRIM
OUT/2019				
DG-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00
OWC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DCCR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DCCR: 0,00	
ELBD-Valor do Entrego de Uso = R\$ 42,36				
Total Consumido pode sofrer a apuração dos indicadores DG, FIC, OWC e DCCR a qual				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: kermelis botas calçados e ac: av. brasl 33 centro i pop ferma: av duque de caxias 690 centro lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

20/12/2019 1





compesa

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.100.10014398-2

R. FUNDAMENTO, AVENIDA BRASIL - NUM. 1.00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 51525-790

INSCRIÇÃO: 165.145.170.0445.000 GRUPO: 7 DER AUTOMATIZADO: 103668687
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
4 JOAQUIM NASCIMENTO, II. 20220 - TEMPO ABREU E LIMA PE 51520-170

USUÁRIO	POTENCIAL	1	1
AL75224252	29/12/2019	30/12/2019	MEDIA 40

AGUA:
LEIT. AN: 4 CONSUMO: 1
LEIT. ATL: 4
LEIT. FAT: 4 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO		NUMERO DE AMOSTRAS		
REFERENCIA CONSUMO	PARAMETROS	EXIG. PORT. ANALISES MS 2.914/11 REA112	ATENDEMENTO A LEGIS	
11/2019 01				
10/2019 01	TURBIDEZ	48	48	45
09/2019 01	COR APARENTE	48	48	32
08/2019 01	COLOR. RESIDUAL	48	48	48
07/2019 01	COLOR. TOTAIS	48	48	47
06/2019 01	E. COLI	48	48	48
MEDIA: 01				

Quantidade de Agua: www.compesa.com.br

QBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	64,84
CORTE 11/2019		0,02
RELIQUACAO 11/2019		0,02
MULTA POR INCONFORMIDADE 11/2019		1,29
CURSO DE HORA 09/2019 10/2019		2,61

104,92	1,85	1,88
104,92	7,60	8,16

VERIFICADO: 15/01/2020 TOTAL A PAGAR: 131,16

MENSAGEM:
PROFIEMAS COM A BEBIDA? ISSUE ALCOOLICOS ANONIMOS
(61) 3221-3542/98476-1207





571132
0009461/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 20E0117000061

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/01/2020** às **09:56**

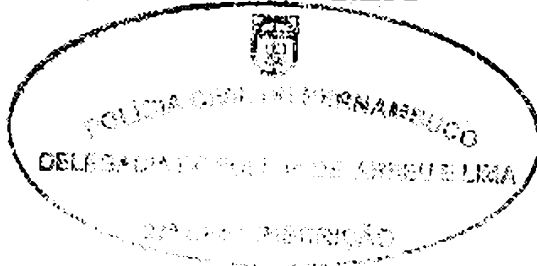
Complementa o BO Número: **19E0117003952**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (OUTRO)
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JACILENE MARIA SILVA DA COSTA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO FELIX DA SILVA** Data de Nascimento: **7/12/1995** Naturalidade: **DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **8914565/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares: **-989992185**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA JOSE BONIFACIO, 191 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CELTA PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCR8598** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **116302814** Chassi: **9C2KC2200JR175007**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

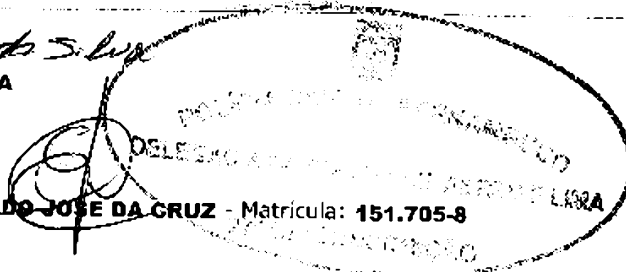
Complemento / Observação

PASSOU A INFORMAR O SR ° IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI QUE O CONDUTOR É CONHECIDO POR JOÃO MARCOS, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTIVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEICULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O SOLO, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR ° IGOR JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

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


IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ERINALDO JOSE DA CRUZ** - Matrícula: **151.705-8**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E01.17003952

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/12/2019 às 11:37

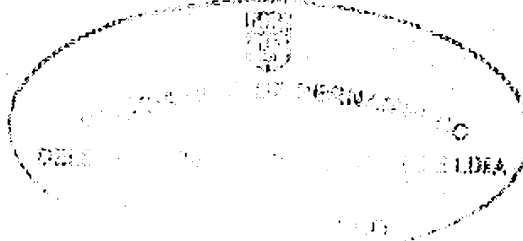
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado), que aconteceu no dia 27/5/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DOS SANTOS FARIAS**
SEVERINO FELIX DA SILVA Data de Nascimento: **7/12/1995** Nacionalidade: **DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **8914549/SUBSIFE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares: **988392185**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **SMI PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

CELTA PRATA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação:

PASSOU A INFORMAR O SR. IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTÍVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEÍCULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A



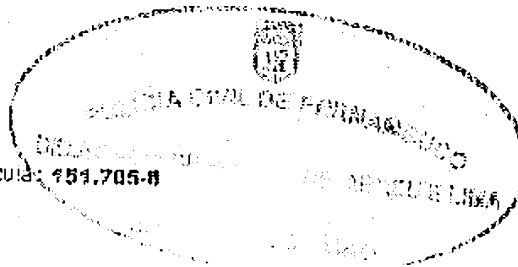
PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O
SOLD, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PE ESQUERDO. QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR. IGOR
JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI
TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PE ESQUERDO,
SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

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

22/01/2020 Felix da Silva

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ERINALDO JOSE DA CRUZ - Matrícula: 151.705-R





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistral ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

122.846.584-31

IGOR JOSE FELIX 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: 6 - CPF:

IGOR JOSE FELIX DA SILVA

122.846.584-31

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

AV. SERVIÇOS

RUA JOSÉ BONIFÁCIL

213

CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

TIMBO

ABREU E LIMA

PE

53.520-395

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

balbinojose@hotmail.com (81) 99944109 (81) 3538-0068

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): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recomendando o devedor, desde que somente após a efetivação do crédito, que seja 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde que, em uma sumária avaliação médica ou custos da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 204/74 art. 2º, § 1º, do Código de Processo Civil, que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

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 apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a conseqüência de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura de quem assina a requerida

35 - Nome legível de quem assina a requerida

36 - CPF legível de quem assina a requerida

37 - (*) Assinatura de quem assina a requerida

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V007/2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221234 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF**.

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro;
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 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito(a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário **IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o Nº **122.846.584-31**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o Nº **122.846.584-31**, 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 à Seguradora LIDER- 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	AVENIDA JOAQUIM NABUCO	Número	200	Complemento	CASA
	Cidade	Estado	CEP		
	ABREU E LIMA	PE	53520170		
Barro	TIMBÓ	Telefone Comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
		(81) 3538 0069	(81) 98721.5834		
E-mail	balbinospe@hotmail.com				

Abreu e Lima/PE 08 de **Março** de **2020**

Assinatura do Declarante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistral ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Telefone:

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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: CONTA: 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 Líder a creditar na conta bancária informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reservando-me o direito de solicitar a quantia total da indenização recebida.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo presente assinalado, sou o responsável por apresentar o pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme art. 2º, § 1º, da Lei nº 249/74, art. 2º, § 1º, da Lei nº 249/74, decidindo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 - Graude 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 tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 34 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 35 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 36 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 37 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 38 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 39 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 40 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 41 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 42 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 43 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 44 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 45 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 46 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 47 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 48 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 49 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 50 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 51 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 52 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 53 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 54 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 55 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 56 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 57 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 58 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 59 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 60 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 61 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 62 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 63 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 64 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 65 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 66 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 67 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 68 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 69 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 70 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 71 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 72 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 73 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 74 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 75 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 76 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 77 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 78 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 79 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 80 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 81 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 82 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 83 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 84 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 85 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 86 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 87 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 88 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 89 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 90 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 91 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 92 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 93 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 94 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 95 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 96 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 97 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 98 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 99 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 100 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a consequência de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal, conforme o art. 249 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a seguinte declaração:

35 - CPF legível de quem assina a seguinte declaração:

36 - CPF legível de quem assina a seguinte declaração:

37 - (*) Assinatura de quem assina a seguinte declaração:

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

001 V007/2019



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

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010406

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGOR JOSE FELIX 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 15343544

Pag. 01523/01524 - carta_01 - INVALIDEZ

00020762





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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010406

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGOR JOSE FELIX 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000002080-P

Conta: 0000035369-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-P

CONTA: 000000035369-8

Nr. Autenticação

BRADESCO160120200500000000002370208000000003536967500 PAGO



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP.

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 18:16

	Nome Paciente:	IGOR JOSE FELIX DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	07/12/1995
	Sexo:	Masculino
	Idade:	23 anos
	Senha:	0150
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 28/09/2019 18:39 - 28/09/2019 18:39

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	<input type="text"/> AMARELO
Queixa Principal:	RELATO DE TRAUMA EM PÉ E
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS. DM
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 18:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1136632

Senha da Classificação:

0150

Data e Hora: 28/09/2019 18:42

Paciente: 352944 IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Cor: Parda

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Data de Nascimento: 07/12/1995

Idade: 23 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA JOSE BONIFACIO

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 63520395

Usuário Atendimento: CECILIAMRS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87955234

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm mmHg

DATA:

HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queda no 1º andar há 3 horas

Queda com dor no joelho e no abdômen

EXAME FÍSICO:

m: solto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU ATENDIMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
COMOTINA 26 + M e P		
COMOTINA 100g + 50g 9% de reforço		

Médico / Crenepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (x) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Crenepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (parâmetros, resultados de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/07. Paciente admitido na sala, esperando transferência p/ H.M. A
medicação com frequência e efatetone 21:00h

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: Hum SENHA: 5781733

() ÓBITO Data: / / Às () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Grmepo:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: / / HORA:

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 1447 33
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>João da Silva</u>	Idade: <u>25</u>
Sexo: M () F () Profissão: <u>Estudante</u>	Fone: <u>9999-9999</u>
Endereço Residencial: <u>Rua da Paz, 123</u>	Bairro: <u>Centro</u>
Cidade: <u>Igarassu</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso da Capacete: S () N ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: <u></u>	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada <u>2</u> Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo <u></u> () Arma Branca/Tipo: <u></u>	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: <u></u>	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Doença crônica, sem sintomas atuais</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Doença crônica</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): <u></u> Temperatura: <u></u> F.C.: <u></u> P.A.: <u>x</u>	
Vias Aéreas: FR <u></u> Dispnéia S () N () Tiragem Intercoastais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()	
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100

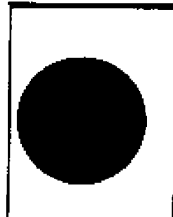


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 22:58



Nome Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0045
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/09/2019 23:01 - 28/09/2019 23:06

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPB DE IGARASSÚ, COM SENHA: 5781733, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, COLIDIU COM A MOTO NO POSTE, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MIE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

REC. 100
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

CLEDILSON JOSE DA HORA

COREN: PE 376167 - ENF

Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 23:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 497226

Senha da Classificação:

Data e Hora: 28/09/2019 23:10

Paciente: 129873 IGOR JOSE FELIX

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO

218

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Y/TIRA DE QUEIXA DE MOTO
COM TRAUMA EM PELE
NAO ADELTAIS COMO BILHET

Exame Fisico

VOZES
CONSISTENTE ORIENTADO CURATIVO
MIL PELE ROSA E PDE

Hipotese Diagnostico

EXALXPOSI 5° PDE

Prescrição Médica

NO 34060

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	IGOR JOSE FELIX			6 - Nº Prontuário	129873
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	11 - Etnia	
704104196760973	07/12/1995	Masculino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe				12 - Telefone de Contato	8198795533
MARIA JOSE DOS SANTOS				14 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável					
EMANUELE					
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO	260005	PE	53520090		
Município					
ALTO JOSE BONIFACIO					

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA + 2 HORAS COM TRAUMA EM PE ESQUERDO COM LACERAÇÃO E EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM 5º PDE.
CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
HD: FRATURA EXPOSTA DE 5º PDE
CD: INTERNAMENTO + BLOCO CIRÚRGICO

21 - Condições que justificam a internação
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO E

24 - CID 10 Principal
S923

25 - CID 10 Secundário
M199

26 - CID 10 Causas Associadas
O4090506

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento
0415020069

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEdia

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	16339
SORMANE DE CARVALHO BRITO	28/09/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
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 da Internação Hospitalar (AI)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Código do Laudo: 497226



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 29/09/2019

Hora.: 04:26

Aviso de Cirurgia : 59834

Paciente : 129873

Convênio Atend. : 1

Leito : 229

Dt. Início : 29/09/2019 03:55

Cid Pré-Operatório : S923

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

IGOR JOSE FELIX

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 002

Dt. Fim : 29/09/2019 04:25

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 497228

Carteira :

Idade : 23 Anos

Procedimento: 0408050691

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA /
INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5º PDE

CIRURGIA: LC + DC + RAFI COM FIO K

CIRURGIÃO: DR. ANTONIO QUEIROZ

1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO

ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO GRAVE, COM PERDA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA + LESÃO TENDINEA EM 5º PDE
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% -
7. FIXADO FRATURA COM 01 FIO K 1,0
8. SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. RX DE CONTROLE
11. TALA BOTA

OBS.: VIGIAR PERFUSÃO DE 5º PDE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

João Bosco B. C. Neto

Ortopedia / Traumatologia

CREMEPE 26.670

DR(A): ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM: 19797

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: IGOR JOSÉ FELIX REG: 129873

IDADE: 23 SEXO: M DATA DA ALTA 29/09/2019 DATA DA ADMISSÃO 28/09/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5º PDE

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 29/09/2019: LC + DC + RAFI COM FIO K

ORIENTAÇÃO:

- MANTER TALA ATÉ RETORNO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA (ANALGÉSICOS E CEFALEXINA)
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS, *PIGO, RETORNO EM 1 SEMANA*

*ORIENTO PACIENTE A OBSERVAR PERFUSÃO DE 5º PDE E RETORNAR AO HOSPITAL E
RECEBER PERFUSÃO AMPLIADA. O PACIENTE COMPREENDE ORIENTAÇÕES.*

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM 27.749

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 497228

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **IGOR JOSE FELIX** Prontuário: 129873
Idade: 23a 9m 22d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 07/12/1995
Profissão: Escolaridade: R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP 53520090
Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO - ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 28/09/2019 23:22
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGE! Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - LEITO 002
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 29/09/19 Hora da Alta: :

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: CONTINUA EM ESTABILIZAÇÃO

Diagnóstico Principal.....: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE SE

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: LE + PLT + PLT COM AO L

Guilherme Borja Assis
Médico
CRM-PE 27.749

Médico e CRM:

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em ____ de ____ de ____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: IGOR JOSE FELIX DA SILVA REG: 129873

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
28/9/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ + 2 HORAS COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO COM LACERAÇÃO E EXPOSIÇÃO OSSEA EM 5º PDE
	CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL
	NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	HD: FRATURA EXPOSTA DE 5º PDE
	CD: INTERNAMENTO + BLOCO CIRURGICO
29/09/19	# SOT # SA.
14:40	HD: 1º DIO. NAFI COM KIOS K + LC + PL E FR/LX E 5º PDE.
	PACIENTE ESTÁVEL SEM QUEIMAS
	FLUXO LATE VORACIO, AFEBRIL.
	BA RENTADO APTAL E MIE.
	# CD: MTA HOSP. ALAR 1 RETORNO EM 15 DIAS

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/02/2021 14:27:36
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021014273601400000073483597
Número do documento: 21021014273601400000073483597

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Igor José Felix Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

#2007
10/01/20 (29/09/19) Excs. fl. x. l. t. e. 5.º DE
10/01/20 (02/10/19) Apêndice 5.º DE

Evolução de 1.º e 2.º graus
de amarelão e de febre
de 1.º e 2.º graus
de 1.º e 2.º graus

Dr. Juliano Machado
Otorrinolaringologista
CRM 15.429.1-1/2007

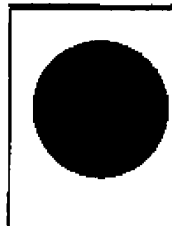


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e Hora retirada da senha: 04/10/2019 15:37



Nome Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/10/2019 15:56 - 04/10/2019 16:11

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO AMBULATÓRIO COM HISTÓRIA DE NECROSE DO 5º PDE.

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 83.00 BPM
- GLICOSE: 90.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 37.00 °C

REVISÃO
2019-11-14

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA
ENFERMEIRO(A)
04/10/2019 16:11

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/10/2019 16:11

ma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 498073

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 04/10/2019 16:21

Paciente: **SAME: 116522**

Sexo: FEMININO

Nome Soc: Paciente: IGOR JOSE FELIX
Data do N: Nome Social: 07/12/1995 Registro: 128873
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS
Estado Ci: Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA
Endereço: Bairro: RUA PEROBA Nº 218
Cidade/UF: Cidade: ABREU E LIMA

2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
SEVERINO FELIX DA SILVA
ORTOPEDIA CRM: 12346
Bairro: MATINHA
Endereço: SILVIASS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

TRAUMATISMO DO PÉ DIREITO HÁ 05 DIAS
SUBMETIDO A LIMPEZA E FIXAÇÃO

Exame Físico

WOUNDS DO OS PDE

Hipótese Diagnóstico

WOUNDS DO OS PDE

Prescrição Médica

① IMOBILIZAÇÃO

Ivan Márcio Guedes
Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO		SAME: 116522	
5 - Nome do Paciente	Paciente IGOR JOSE FELIX		
IGOR JOSE FELIX DA SILVA	Nome Social		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Registro
	07/12/1995	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	129873
11 - Nome da Mãe	Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS		
MARIA JOSE DOS SANTOS	Pai SEVERINO FELIX DA SILVA		
13 - Nome Responsável	Endereço RUA PEROBA		
EMANUELE SILVA DE OLIVEIRA	Bairro MATINHA		
	Cidade ABREU E LIMA		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	Nº 218		
RUA PEROBA, 218 - MATINHA	87955334		
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
ABREU E LIMA	260005	PE	53585100

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
ENTE VITIMA DE TRAUMA DO 05º PDE HA 1 SEMANA, COM FRATURA EXPOSTA DO 05 PDE SUBMETIDA A LIMPEZA E FIXAÇÃO. EVOLUI COM NECROSE DO 05 PDE			
21 - Condições que justificam a internação			
NECROSE DE DEDO			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
RADIOGRAFIA- FRATURA DO 05 PDE			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
LESAO POR ESMAGAMENTO DO(S) ARTELHO(S)	S971	V299	
	M83.2		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	0408060042		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	22973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura (Nº de Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	04/10/2019	14501	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetos			
45 - Vínculo com a Previdência			
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado			

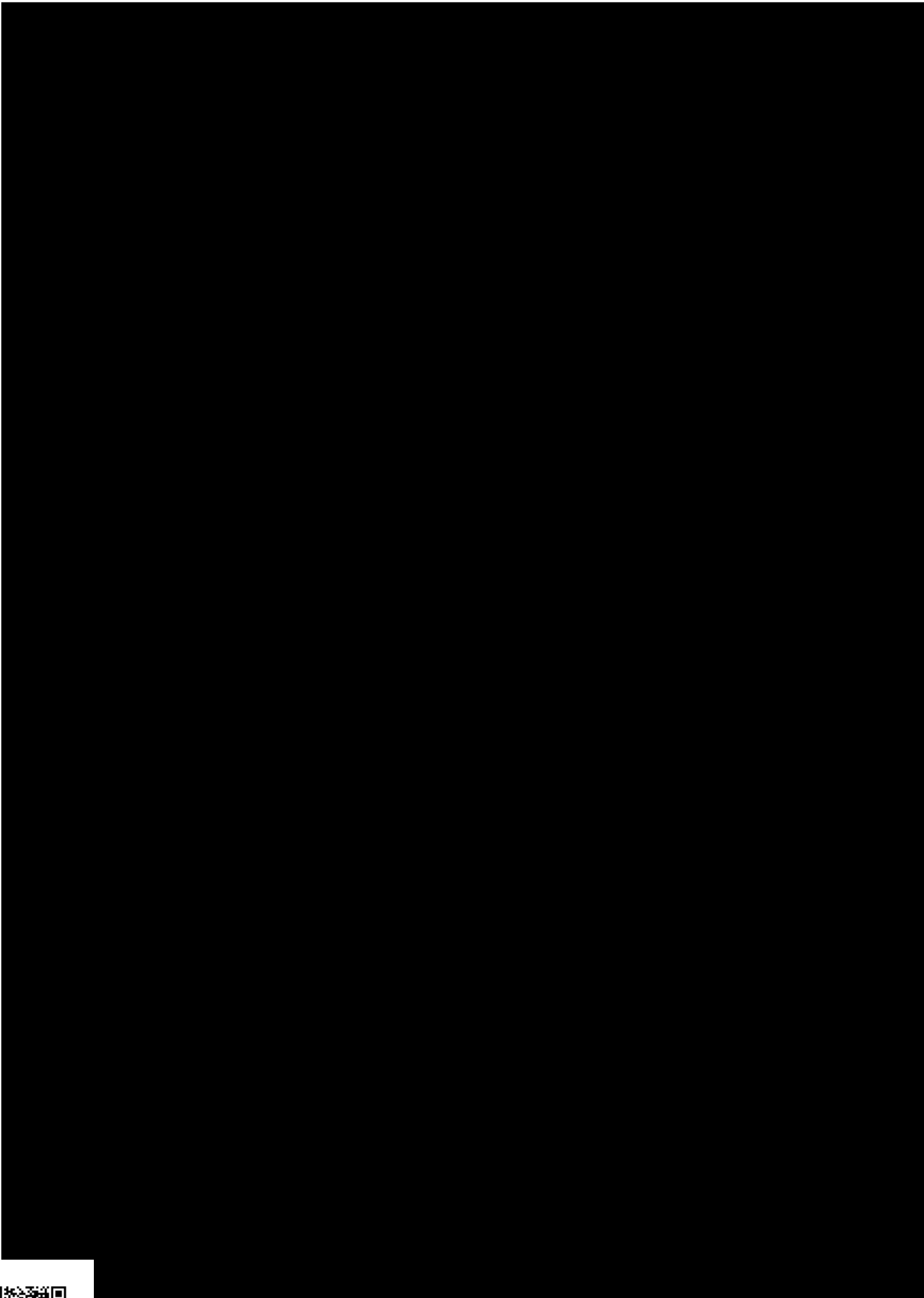
AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
	Dr. Adriano Talino Traumatologia / Ortopedia CRM - 20.671 / 1501 / 1995	

AIH
261910222162-6

Código do Laudo: 498073





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 498128

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA **SAME: 116522**
Idade: 23a 9m 29d **Sexo:** F **Estado Civil:** Paciente: IGOR JOSE FELIX
Profissão: **Escolaridade:** Nome Social:
R.G.: **C.P.F.:** Dt Nascimento: 07/12/1995 Registro: 129873
Endereço: RUA PEROBA, 218 Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA **Dados da** Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA N° 218
Convênio: SUS - INTERNACAO **Dat** Endereço: RUA PEROBA
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEdia **Acomodação:** ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO **Leito:** VERD2-19
Médico Internação: IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: **R.G.:** **C.P.F.:** 01.11.19
Endereço: **Numero:** Efms.
Telefone: **Cidade:** **Estado civil:**

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 06/10/19 **Hora da Alta:** 14:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Contatado. GG 7, Enfermeira Consciente
Diagnóstico Principal.....: Fract. Exp. 5° PDR + Hemorragia
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Excedimento.....:
Dr. Adauto Teófilo
Traumatologia / Ortopedia
CRM - 20.671 TEÓF. 2000
Médico e CRM:
Responsável pela retirada do paciente **Assinatura e RG**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 05 de 10 de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

PI

AME: 116522

Paciente IGOI JOSE FELIX
Nome Social
Dt Nascimento 07/2/1995 Registro : 129873
Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS
Pai SVERINO FELIX DA SILVA
Endereço RUA PEROBA
Bairro MATINHA
Cidade ABREU E LIMA

CA

Nº 218

NOME
CLÍNICA: ORTOPEDIA ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	
4/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
17:40	PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA DO PÉ HÁ 1 SEMANA
	COM EVOLUÇÃO PARA NECROSE DO 05º PDE
	CD- INDICO AMPUTAÇÃO
05/10/19	#SOT#
09:28	HD: Necrose do 5º PDE
	Em tempo, paciente avaliado por Dr. Gabriel Montaino, o qual indicou amputação para o caso, diante do aspecto necrótico do 5º PDE e a isquemia local.
	CD: Ao bloco cirúrgico
	Forneco fumo de amputação.
06/10/19	#SOT#
12:23	HD: A mesma
	P.O (05/10): Amputação do 5º PDE com reconstrução de retalho não microcirúrgico
	Paciente estável sem queixas. FO limpa e seca, nega dor no sítio de amputação.
	ECB, HGTG suprimida e afébril.
	CD: Alta hospitalar p/ seguimento ambulatorial.

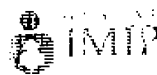
Ivan Márcio Guedes
Traumato Ortopedia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Dr. Luiz Roberto Montaino Guedes
CRM 22000

Dr. Luiz Roberto Montaino Guedes
CRM 22000
+ Dr. Felipe Nunes
CRM 22000



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

João Pedro Leite
Paciente em tratamento
Paciente em tratamento
do sistema de saúde
complicação de fratura
de osso em osso
do pé direito e do
diagnóstico de
osteíte
CD 598.1/2988

22/11/19

[Signature]

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA 5+81 733**
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Jean de Jesus M. Silva Idade: 23

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Maracá

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente com história de queda
de moto, com fratura no braço

Hipótese Diagnóstica: Fratura de braço

AValiação Clínica

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

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

fratura de braço



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

EXAME NEUROLÓGICO

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

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

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

Classificação TCE pela ECG

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

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

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

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

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

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

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

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

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

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

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

440 Cerebral

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Reguador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

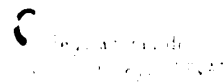
Hora: _____

15/01/18
Local e data

Médico Assistente
Cláudio Neto
Ouro Preto - Minas Gerais



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009461/20

Vítima: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

CPF: 122.846.584-31

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA : 122.846.584-31

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: 08/01/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP.

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 18:16

	Nome Paciente:	IGOR JOSE FELIX DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	07/12/1995
	Sexo:	Masculino
	Idade:	23 anos
	Senha:	0150
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 28/09/2019 18:39 - 28/09/2019 18:39

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	<input type="text"/> AMARELO
Queixa Principal:	RELATO DE TRAUMA EM PÉ E
Observação:	ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA HAS. DM
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 18:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1136632

Senha da Classificação:

0150

Data e Hora: 28/09/2019 18:42

Paciente: 352944 IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Cor: Parda

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Data de Nascimento: 07/12/1995

Idade: 23 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA JOSE BONIFACIO

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53520395

Usuário Atendimento: CECILIAMRS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87955234

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm mmHg

DATA:

HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queda no 1º andar há 3 horas

Queda com dor no joelho e no abdô

EXAME FÍSICO:

m: solto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU ATENDIMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
<i>COMOTINA 26 + M e P</i>	<i>Anticoagulante</i>	
<i>COFOLAK 100g + 50g, 9% de nifedipina</i>	<i>Costa Neto</i>	

Médico / Crenepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (x) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Crenepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (parâmetros, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/07. Paciente admitido na sala, esperando transferência p/ H.M. A
medicação com frequência e efatetone 21:00h

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: Hum SENHA: 5781733

() ÓBITO Data: / / Às () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Crampe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: / / HORA: : :

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:


Nome: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AN. SERVIÇOS
Identidade: 8.914.565-5 SDS/PE CPF: 122.846.584-31
Endereço: RUA JOSÉ ROUIFACIL, n° 218, TIMBÓ,
ABREU E LIMA-PE, CEP: 53.520-395

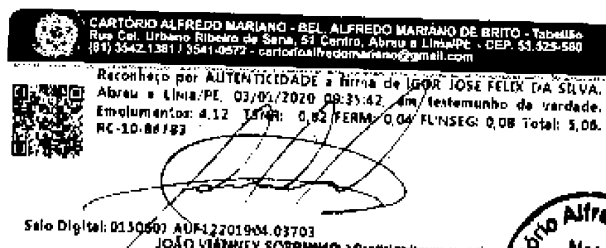
PROCURADOR(A):

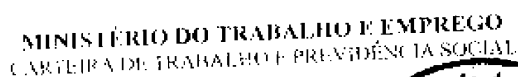
Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco n° 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sineor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 28/09/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ABREU E LIMA 03/03/2020
Local e data

 Igor José Felix da Silva
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)





2. Joo José da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



Nome: Sgar, José Felix da Silva
Esp. Nome: Diadema
Filiação: Sgar, José Felix da Silva
MORUA: Sgar, José Santos
Data N: 07/12/1995
RG: 8.914.565-903 RE: Ex. 12.01.2010

Chegada ao Brasil em Documento Nº

Expatriado em Estado

Obs.

Data Emissão 09.09.2013 SRTL
Firmado por Vitor da Silva

Assinatura do Funcionário

Prefeitura Mun. de Abreu e Lima
Adjunto Nunes Rocha de Mota
Assessor de Gabinete
Matrícula 42266

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

Urbana Polución a Parte. Est. Civil e Data de Nascimento





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **122.846.584-31**

Nome: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

Data de Nascimento: **07/12/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/09/2013**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:56:36** do dia **11/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A7D4.13C6.5644.D815**



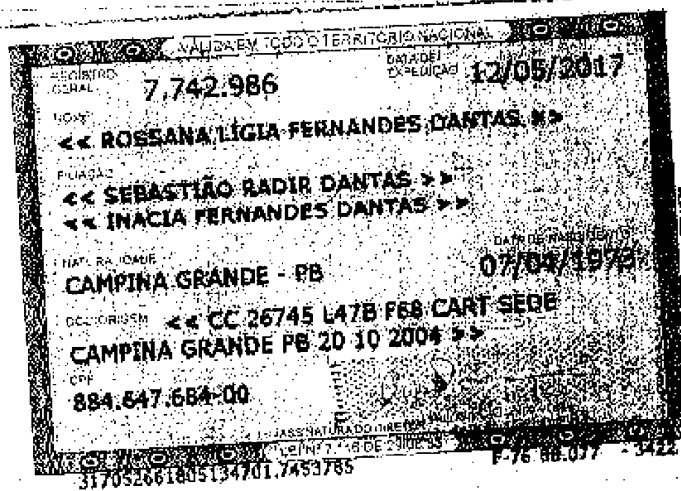
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.543, de 13/02/2015.)

11/12/2019 0

1 e 1







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

PE Nº 014802653944

DETTRAN-PE - CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1 116302653944 2019

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ABREU E SILVA, IN. COSTA

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VEA TERRESTRE, O POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS ONTADO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802653944 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91

921.552.024-91



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0002981-67.2020.8.17.2001
AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

ATO ORDINATÓRIO - autor

Em cumprimento ao disposto no Provimento do Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça de Pernambuco nº 08/2009, publicado no DOPJ de 09/06/2009, e nos termos do art. 152, VI, e do art. 203, § 4º ambos da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, intimo o(a)(s) parte(s) para, no prazo de **05 dias**, manifestar(em)-se sobre o **laudo pericial** apresentado sob o **ID72723571**.

RECIFE, 16 de fevereiro de 2021.

LAINE HANNA REIS RAPOSO
Diretoria Cível do 1º Grau



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) DE DIREITO DA SEÇÃO B DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE – PE

PROCESSO: 0002981-67.2020.8.17.2001

PROMOVENTE: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA

PROMOVIDA: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS S/A

IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA, em epígrafe, que tramita perante este Douto Juízo, por intermédio de seu bastante procurador que esta subscreve, vem perante Vossa Excelência, expor para ao final requer o seguinte:

Douto(a) Magistrado(a), o Autor foi submetido a perícia médica judicial, tendo a *expert* elaborado LAUDO PERICIAL, documentos de Id. 72723571 dos autos, comprovando a invalidez permanente e irreversível, apontando **SEQUELA DO TOTAL DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO**.

Portanto, de acordo com a Tabela de Invalidez inserta na Lei nº 6.194/74, o valor a ser recebido pelo Autor é de **R\$ 1.350,00 (um mil trezentos e cinquenta reais)**.

Como a Seguradora/Promovida efetuou administrativamente o pagamento no valor de R\$ 675,00 (seiscentos e sessenta e cinco reais), resta o complemento no valor de **R\$ 675,00 (seiscentos e sessenta e cinco reais)**.

PELO EXPOSTO, requer à Vossa Excelência, seja JULGADA PROCEDENTE A PRESENTE DEMANDA NOS TERMOS DA EXORDIAL, observado o laudo pericial de Id. 72723571 dos autos, bem como nos honorários sucumbenciais, de acordo com o art. 85 do CPC, sendo desta forma feita a mais lúdima JUSTIÇA.

Nestes termos,
Pede e espera deferimento.

Recife/PE, 18 de fevereiro de 2021.

Bel. Adson José Alves de Farias
OAB-PE 1292-A





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810520

Processo nº **0002981-67.2020.8.17.2001**

AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

SENTENÇA

Vistos, etc...

IGOR JOSE FELIX DA SILVA, qualificado e regularmente representado, ingressou com a presente AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT contra a COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS igualmente qualificada, aduzindo, em resumo, que foi vítima de acidente de trânsito, do qual resultou debilidade permanente; que requereu o pagamento da indenização securitária administrativamente, porém não recebeu.

A Ré apresentou contestação de Id. 64927813 aduzindo, em síntese, que já foi feito o pagamento administrativo proporcional à lesão.

Réplica (Id.67206283).

Foi designada a realização de perícia e o laudo do perito judicial, Id. 72723570, foi conclusivo ao indicar que a parte Autora sofreu **dano anatômico e/ou dano anatômico completo do 5º dedo do pé esquerdo (sofreu amputação).**

As partes apresentaram manifestações sobre o laudo do perito judicial (Autor Id.75431295; Réu Id.74978355).

É o que havia de importante para relatar.

Decido.

O feito encontra-se maduro para julgamento, a teor do art. 355, I, do NCPC, porque a matéria de fato já se encontra devidamente provada.

No que diz respeito à prova pericial, o perito judicial declarou que a parte Autora apresenta uma lesão funcional definitiva. Alegou, ainda, a parte Ré, através de seu advogado, na petição de



impugnação ser pouco crível que os tratamentos realizados pela parte Autora serviriam para agregar-lhe sequelas permanentes.

Ressalto, por oportuno, que embora conste do documento de Id.74978355 (Processo Administrativo), o parecer médico, realizado em 11/01/2020 pela Seguradora Ré, e feito **com base na documentação médica apresentada pela parte Autora**, que o Demandante ficou apenas com a sequela *limitação do arco de movimento do 5º dedo do pé esquerdo*, no mesmo documento, na página 32, há relatório médico dando conta que o referido segmento foi amputado.

Por tais razões **indefiro o pedido constante na impugnação, qual seja o de que seja afastada a conclusão do perito judicial.**

O pedido inicial é de pagamento da indenização por invalidez permanente provocada por acidente de veículo automotor de via terrestre, cujo risco é coberto pelo seguro obrigatório, popularmente conhecido como DPVAT.

O caso encontra regulação na Lei 6.194/74, que dispõe sobre o Seguro DPVAT.

O art. 3º da Lei 6.194/74, mais especificamente seu inciso II, estabelece o *quantum* indenizatório devido à vítima permanentemente inválida em razão de danos causados pelos veículos automotores de via terrestre. Diz a regra: “Art. 3º: Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;”.

A norma estabelece os critérios de fixação da indenização e, em tabela anexa, as variações no que tange ao grau de invalidez. Referida tabela estabelece o teto indenizatório para cada espécie de lesão, devendo ser avaliada a extensão desta no caso concreto para se chegar ao *quantum* devido quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta (hipótese dos autos), conforme determina o art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74.

No caso em apreço, o laudo médico (Id. 72723570) é conclusivo ao indicar que a parte autora sofreu, em decorrência de acidente de trânsito, **dano anatômico e/ou dano anatômico completo do 5º dedo do pé esquerdo (sofreu amputação)**, enquadrando-o no percentual de 100%. Assim que de acordo com a Tabela de Invalidez inserta na Lei nº 6.194/74, o valor a ser recebido pelo Autor é de **R\$ 1.350,00 (um mil trezentos e cinquenta reais)**.

Logo, deduzindo-se do montante devido a incontroversa verba já paga à autora (R\$ 675,00), remanesce àquela o crédito de R\$ 675,00 (seiscentos e sessenta e cinco reais).

Isto posto, com base nos dispositivos legais antes mencionados, julgo PROCEDENTE EM



PARTE, extinguindo o feito com exame do mérito, o que faço com base no art. 487, I, CPC/2015, condenando a ré ao pagamento da indenização securitária no valor de R\$ 675,00 (seiscentos e sessenta e cinco reais), que deverá ser corrigido pela tabela ENCOGE desde a data do evento danoso, nos termos da súmula nº 580 do STJ, até a efetiva quitação, acrescido dos juros moratórios, a partir da citação válida até o efetivo pagamento.

Em conformidade com o art. 86, parágrafo único, do NCPC, tendo em vista a sucumbência mínima da demandada, condeno o autor ao recolhimento das custas e ao pagamento da verba honorária de 10% sobre R\$ 12.150,00 (Valor referente à diferença entre o pedido do autor e aquilo que realmente deve ser pago), com a ressalva de suspensão da exigibilidade do pagamento dos termos do art. 98, § 3º, CPC/2015 para a parte beneficiária da justiça gratuita ora deferida. Por fim, determino a expedição de alvará em favor do perito, Sr. Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho, CRM-PE 16.868, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) (Id 72917178).

Publique-se. Registre-se. Intime-se. Observadas as exigências legais, **arquivem-se.**

Recife, data da assinatura eletrônica.

Lara Corrêa Gambôa da Silva

Juíza de Direito

34vcb1





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0002981-67.2020.8.17.2001
AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

INTIMAÇÃO DE SENTENÇA

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção B da 34ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor da Sentença de ID 75496204, conforme segue transcrito abaixo:

"SENTENÇA Vistos, etc... IGOR JOSE FELIX DA SILVA, qualificado e regularmente representado, ingressou com a presente AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT contra a COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS igualmente qualificada, aduzindo, em resumo, que foi vítima de acidente de trânsito, do qual resultou debilidade permanente; que requereu o pagamento da indenização securitária administrativamente, porém não recebeu. A Ré apresentou contestação de Id. 64927813 aduzindo, em síntese, que já foi feito o pagamento administrativo proporcional à lesão. Réplica (Id.67206283). Foi designada a realização de perícia e o laudo do perito judicial, Id. 72723570, foi conclusivo ao indicar que a parte Autora sofreu dano anatômico e/ou dano anatômico completo do 5º dedo do pé esquerdo (sofreu amputação). As partes apresentaram manifestações sobre o laudo do perito judicial (Autor Id.75431295; Réu Id.74978355). É o que havia de importante para relatar. Decido. O feito encontra-se maduro para julgamento, a teor do art. 355, I, do NCPC, porque a matéria de fato já se encontra devidamente provada. No que diz respeito à prova pericial, o perito judicial declarou que a parte Autora apresenta uma lesão funcional definitiva. Alegou, ainda, a parte Ré, através de seu advogado, na petição de impugnação ser pouco crível que os tratamentos realizados pela parte Autora serviriam para agregar-lhe sequelas permanentes. Ressalto, por oportuno, que embora conste do documento de Id.74978355 (Processo Administrativo), o parecer médico, realizado em 11/01/2020 pela Seguradora Ré, e feito com base na documentação médica apresentada pela parte Autora, que o Demandante ficou apenas com a sequela limitação do arco de movimento do 5º dedo do pé esquerdo, no mesmo documento, na página 32, há relatório médico dando conta que o referido segmento foi amputado. Por tais razões indefiro o pedido constante na impugnação, qual seja o de que seja afastada a conclusão do perito judicial. O pedido inicial é de pagamento da indenização por invalidez permanente provocada por acidente de veículo automotor de via terrestre, cujo risco é coberto pelo seguro obrigatório, popularmente conhecido como DPVAT. O caso encontra regulação na Lei 6.194/74, que dispõe sobre o Seguro DPVAT. O art. 3º da Lei 6.194/74, mais especificamente seu inciso II, estabelece o quantum indenizatório devido à vítima permanentemente inválida em razão de danos causados pelos veículos automotores de via terrestre. Diz a regra: "Art. 3º: Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;". A norma estabelece os critérios de fixação da indenização e, em tabela anexa, as variações no que tange ao grau de invalidez. Referida tabela estabelece o teto indenizatório para cada espécie de lesão, devendo ser avaliada a extensão desta no caso concreto para se chegar ao quantum devido quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta (hipótese dos autos), conforme determina o art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74. No caso em apreço, o laudo médico (Id. 72723570) é conclusivo ao indicar que a parte autora sofreu, em decorrência de acidente de trânsito, dano anatômico e/ou dano anatômico completo do 5º dedo do pé esquerdo (sofreu amputação), enquadrando-o no percentual de 100%. Assim que de acordo com a Tabela de Invalidez inserta na Lei nº 6.194/74, o valor a ser recebido pelo Autor é de R\$ 1.350,00 (um mil trezentos e cinquenta reais). Logo, deduzindo-se do montante devido a incontroversa verba já paga à autora (R\$ 675,00), remanesce àquela o crédito de R\$ 675,00 (seiscentos e sessenta e



cinco reais). Isto posto, com base nos dispositivos legais antes mencionados, julgo **PROCEDENTE EM PARTE**, extinguindo o feito com exame do mérito, o que faço com base no art. 487, I, CPC/2015, condenando a ré ao pagamento da indenização securitária no valor de R\$ 675,00 (seiscentos e sessenta e cinco reais), que deverá ser corrigido pela tabela ENCOGE desde a data do evento danoso, nos termos da súmula nº 580 do STJ, até a efetiva quitação, acrescido dos juros moratórios, a partir da citação válida até o efetivo pagamento. Em conformidade com o art. 86, parágrafo único, do NCPC, tendo em vista a sucumbência mínima da demandada, condeno o autor ao recolhimento das custas e ao pagamento da verba honorária de 10% sobre R\$ 12.150,00 (Valor referente à diferença entre o pedido do autor e aquilo que realmente deve ser pago), com a ressalva de suspensão da exigibilidade do pagamento dos termos do art. 98, § 3º, CPC/2015 para a parte beneficiária da justiça gratuita ora deferida. Por fim, determino a expedição de alvará em favor do perito, Sr. Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho, CRM-PE 16.868, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) (Id 72917178). Publique-se. Registre-se. Intime-se. Observadas as exigências legais, arquivem-se. Recife, data da assinatura eletrônica. Lara Corrêa Gambôa da Silva Juíza de Direito 34vcb1"

RECIFE, 4 de março de 2021.

MARILIA DOHERTY AYRES
Diretoria Cível do 1º Grau





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0002981-67.2020.8.17.2001
AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

ALVARÁ PARA LEVANTAMENTO DE VALORES

O(A) Exmo.(a) Dr.(a) Juiz(a) de Direito da **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**, **AUTORIZA**, através do presente Alvará, o **LEVANTAMENTO**, pelo beneficiário, do valor autorizado, como descrito no quadro abaixo:

BENEFICIÁRIO (001): PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO - CPF: 009.226.694-06

VALOR AUTORIZADO: R\$ 300,00 (trezentos reais), com juros e correção monetária porventura existentes.

DADOS DO DEPÓSITO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - AGÊNCIA - 2717 040 01824493-1

Tudo conforme **SENTENÇA** de **ID 75496204**, dos autos do Processo Judicial Eletrônico-PJe, acima epigrafado: "*Por fim, determino a expedição de alvará em favor do perito, Sr. Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho, CRM-PE 16.868, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) (Id 72917178)*".

Eu, MARILIA DOHERTY AYRES, digitei e submeto à conferência e assinaturas o presente alvará com o número de identificação constante no rodapé. RECIFE, 4 de março de 2021.

CARMEN MAGALHÃES DE ANDRADE PEDROSA

Diretoria Cível do 1º Grau
(Assinado eletronicamente)

LARA CORREA GAMBOA DA SILVA

Juiz(a) de Direito
(Assinado eletronicamente)

A validade da assinatura deste documento poderá ser confirmada na página do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco: www.tjpe.jus.br – PJe-Processo Judicial Eletrônico – Consulta Documento [<https://pje.tjpe.jus.br/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>], utilizando o número do documento (código de barras) abaixo identificado.





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 34ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0002981-67.2020.8.17.2001
AUTOR: IGOR JOSE FELIX DA SILVA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

ATO ORDINATÓRIO - INTIMAÇÃO PARA LEVANTAMENTO DE ALVARÁ

Em cumprimento ao disposto no Provimento n.º 08/2009 do Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça de Pernambuco, publicado no DOPJ de 09/06/2009, nos termos do art. 152, VI, e do art. 203, § 4º ambos da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, intimo o PERITO para informar que o(s) Alvará(s) de ID(s) 76340001 , encontra(m)-se disponível(eis) para impressão no próprio PJe e podem ser levantados diretamente na Instituição Financeira indicada no documento, apenas com a assinatura eletrônica do Magistrado indicada no documento.

RECIFE, 8 de março de 2021.

MARILIA DOHERTY AYRES

Diretoria Cível do 1º Grau



Alvará impresso.
Grato.

