



Número: **0019896-94.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA ELANIA DA SILVA COSTA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
65144 305	23/07/2020 11:47	<u>ANEXO 1</u>



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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200096484

Vítima: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

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

Pag. 00843/00844 - carta_01 - INVALIDEZ



00020422

Carta nº 15580718





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, 18 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200096484

Vítima: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

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\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000003212-3

Conta: 00000532412-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

045.391.054-85

Maria Elania da Silva Costa Nunes

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:

Maria Elania da Silva Costa Nunes
Recepcionista
se Buraco d'água
25

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Tel. (DDD):

Sítio Buraco
Jacati
PE
55398-000
(81) 9 9258-3087

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3212 CONTA: 53.241.2 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 atende 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34 _____ 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido _____

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido _____

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: Jacati 23/12/19 _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

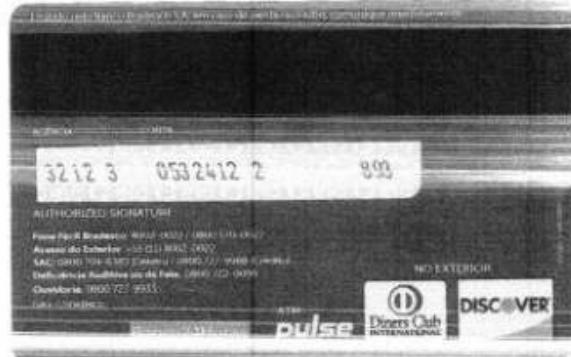
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





BRADÉS D



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:47:12
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311471182100000063926178>
Número do documento: 2007231147118210000063926178

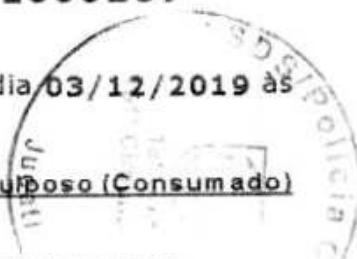
Num. 65144305 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 151ª CIRCUNSCRIÇÃO - JUCATI -
 DP151ªCIRC DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19 E0241000257

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/12/2019 às 09:52



ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 1/9/2019 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE JUCATI, 61, SITIO BURACO D'AGUA; S/N; CASA COM ALPENDRE - Bairro: CENTRO - JUCATI/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: IGREJA STA LUZIA; ESCOLA JOSE CORDEIRO
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
 MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

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

MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
 Mão: **ADEILDA QUITERIA DA SILVA COSTA** Psn: **GABRIEL GOMES DA COSTA**
 Data de Nascimento: 1/3/1983 Naturalidade: **CAPOEIRAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 8403388/SDS/PE (RG): 04538105485 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 3º. GRAU
 COMPLETO Profissão: **PROFESSOR(A)** Telefones Celulares: - 87981020896

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE JUCATI, 61, SITIO BURACO D'AGUA; S/N - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JUCATI/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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



JUCA

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não Cor VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFJ5749** (PERNAMBUCO/CANHOTINHO) Renavam: **258869830** Chassi:

9C2KC1510AR049637

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA TITAN CG150 ANO 2010 DE COR VERMELHA**

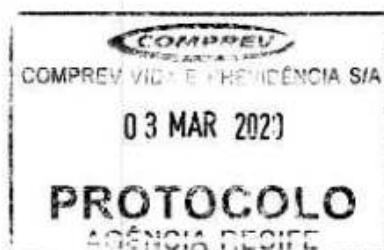
Complemento / Observação

VEIO A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA ELANIA DA SILVA COSTA, ONDE RELATOU QUE SOFRERA UM ACIDENTE EM SUA MOTOCICLETA HONDA TITAN CG 150 (PLACA PFJ5749), A QUAL ESTÁ EM NOME DE ROSA MARIA DOS SANTOS, NO DIA 1º DE SETEMBRO DE 2010, NO SÍTIO BURACO D'ÁGUA; A VÍTIMA INFORMOU QUE ESTAVA TRANSITANDO NORMALMENTE EM SUA MOTOCICLETA, E EM DADO MOMENTO PERDEU O CONTROLE E ACABOU COLIDINDO COM UMA RESIDÊNCIA, SENDO SOCORRIDA POR SEU ESPOSO, QUE CHEGOU AO LOCAL APÓS TER SIDO CHAMADO POR PESSOAS QUE ESTAVAM LÁ ESTAVAM NO MOMENTO DO ACIDENTE. A VÍTIMA INFORMOU QUE FOI LEVADA AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA, EM GARANHUNS, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS TRATAMENTOS, POIS FRATURARA A Perna Esquerda, SENDO LIBERADA APÓS DECORRIDO O PERÍODO DE OBSERVAÇÃO. A MOTOCICLETA DA VÍTIMA APRESENTOU AS SEGUINTE AVARIAS: AMASSOU TOTALMENTE A CARENAGEM, GUIDÃO E BENGALAS, FICANDO IMPÓSSIBILITADA DE TRANSITAR. NADA MAIS DECLAROU.

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

Maria Elania da Silva Costa Nunes
MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ANA MARIA RONÂO DE LIMA** - Matrícula: **387147-0**





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:

045.391.054-85

Maria Elania da Silva Costa Nunes

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:

Maria Elania da Silva Costa Nunes

Recepcionista

SE Buraco d'água

25

045.391.054-85

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Tel. (DDD):

Sítio Buraco

Jacati

PE

55398-000

(11) 9 9258-3087

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3212 CONTA: 53.241.2 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 atende 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.

Pela maneira 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____, _____

Jacati 23/12/19

Maria Elania da Silva Costa Nunes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

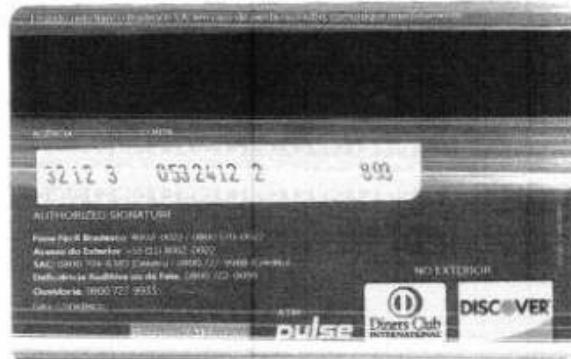
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





BRADES & D



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:47:12
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311471182100000063926178>
Número do documento: 2007231147118210000063926178

Num. 65144305 - Pág. 8

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03212-3

CONTA: 000000532412-2

Nr. Autenticação
BRADESCO1303202005000000000237032120000053241294500 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:47:12
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311471182100000063926178>
Número do documento: 20072311471182100000063926178

Num. 65144305 - Pág. 9

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 902127	Data e Hora do Atendimento 01/09/2019 às 14:44:58	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA CIRURGICA
------------------------------	--	--	--

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025414966 - MARIA ELANIA DA SILVA COSTA	Idade: 36 anos	Sexo: Feminino	Cor:
CNS: 701208005563311	Nascimento: 01/03/1983	Naturalidade: CAPOEIRAS-PE	Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado(a)	Profissão: PROFESSORA	Complemento:	
Documento: RG - 6403389	Filiação: Pai: Mãe: ADEILDA QUITERIA DA SILVA COSTA		

Endereço (Av., Rua, etc): SITIO BURRACO DÁGUA, Nº.	Complemento:
--	--------------

Bairro: ZONA RURAL	Cidade: Jucati	UF: PE	Telefone:
--------------------	----------------	--------	-----------

Acompanhante:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
---------------	--	------------------------------

Ocorrência:	Meio de Transporte:
-------------	---------------------

Procedência: Jucati	CRM:	/
---------------------	------	---

Atendimento Médico:	Médico:
---------------------	---------

Deu: / /	Horas: / /	CRM: /
----------	------------	--------

Queixa Principal:	Complemento:
-------------------	--------------

HDA: Paciente vítima de queda de moto há aproximadamente 3 horas. Apresenta contusão contusa em região frontal esquerda e ombro direito sem MIE. Apresenta episódio de desmaio após a queda.	Complemento:
---	--------------

História do Trauma:	Complemento:
---------------------	--------------

Perda da Consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------------

Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Complemento:
---	------------------------------	-------	--------------

Colisão: Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Complemento:
--	------------------------------	-------	--------------

Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local do Impacto:	Complemento:
---	---	-------------------	--------------

Vôo de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Altura: m
--	---	-------	--	------------------------------	-----------

Queimadura: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
--	---	------	---------------------------

Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Por que:
--	------------------------------	----------

Exame físico:	Complemento:
---------------	--------------

A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Temp.: °C
----------	---	------------------------------	---	------------------------------	-----------

BE G, consciente e orientada	Complemento:
------------------------------	--------------

B: Respiratório	Tsopneia	Complemento:
-----------------	----------	--------------

C: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm	Complemento:
-----------------	-------------	------------	--------------

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/>	Anisocôricas <input type="checkbox"/>
----------------------	--	------------------------------	------------------------------	------------------------------	--	---------------------------------------

Glasgow: Abertura Ocular Escore: 4	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5	Glasgow: Resposta Motoria Escore: 6	Hora:
------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

RX de [redacted] Perna esquerda, AP e perfil
RX de ombro AP

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Realizada ^{antissepsia} ^{aspiração} e sutura

1. Dieta D (zero)

2. Diprospan 2ml EV 6/6h

3. Sero Ringer Lactato 2000ml EV lento

4. Observação por 12hs

5. Avaliação do ortopedista

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Cód. Procedimento

Dr. Gabriel Cardoso
MÉDICO
CRM/MEPE: 19.667

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimb

Diagnóstico Definitivo:

fractura de fêmur

Diagnóstico do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

Condição da Alta:

Curado Melhorado
 Inalterado Piorado
 Óbito

CRM: Data: / /

Hora: / /

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, permanecendo no absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:



FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

 CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

 Nome: *Flávia M. S. G. Soárez* Idade: *36*

Situação/Queixa:

*Obstrução nasal com
respiração*
PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicamentos em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

<i>110x75</i>	P:	R:	T:	SpO2	HGT:	Glaucom:
---------------	----	----	----	------	------	----------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

 ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calm
Agitado	Torporoso	Coma/oso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneia aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noite	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdômen
---------	---------	----------	-----------	-----------------	---------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

 Fluxograma: *02* *03*

Data:

07/08/18

 ego Tenório
 Derm. Igo

PE-467/Assinatura/Carimbo



CONSULTA

CIDADÃO

MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES
701208005563311
36 anos, 6 meses e 15 dias no dia deste atendimento.

ATENDIMENTO

Consulta agendada
16 de setembro de 2019 às 14:29

SUBJETIVO

ACIDENTE DE MOTO HÁS 15DIAS USANDO TALA BOTA NO MIE. USANDO CEFALEXINA E NIMESULIDA

OBJETIVO

VERIFICAR QUEIXA E RAIOS X

Medições

Não foram realizadas medições neste atendimento.

Exames avaliados

Não foram avaliados exames neste atendimento.

AVALIAÇÃO

EX - FRATURA DA Perna SEM DESVIO

Problema e / ou condição detectada

CID10 S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

PLANO

COLOCAR GESSO E RAIOS X

Procedimentos administrativos

Não foram realizados procedimentos neste atendimento.

PICs / Racionalidade em saúde

Não foram realizados PICs e / ou Racionalidade em saúde neste atendimento.

Atestados

Não foram emitidos atestados neste atendimento.

Exames solicitados

Não foram solicitados exames neste atendimento.

Medicamentos prescritos

Não foram prescritos medicamentos neste atendimento.

Orientações

Não foram emitidas orientações neste atendimento.

Conduta

Retorno para cuidado continuado / programado



Encominhamentos

Não foram solicitados encaminhamentos neste atendimento.

DR. JUCA HENRIQUE J. SAMPAIO
ORTOPEDISTA
CRM-PE nº 13358
JOSE HENRIQUE JUCA SAMPAIO
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CRM - PE 13358

em 20/11/2019 às 10:11 por JOSE HENRIQUE JUCA SAMPAIO.

2 / 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:47:12
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311471182100000063926178>
Número do documento: 20072311471182100000063926178

Num. 65144305 - Pág. 15



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

ATESTADO MÉDICO



ATESTO que o Paciente

Saranhuns

05/09/2019

Maria Elvira Sá Lira Costa

Portador da Carteira Profissional N°

Série

necessita de

30 (trinta)

Dr. Almeida Lourerço
CRM - PE - 21980

dias de afastamento do trabalho a partir desta data por motivo de:

COD. 582

Hospital ou Ambulatório

Ass. do Médico - N° CRM

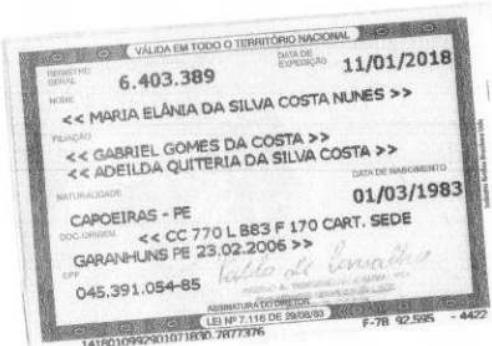
ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 6º DO RISPA, APROVADO PELO DECRETO N° 55.581

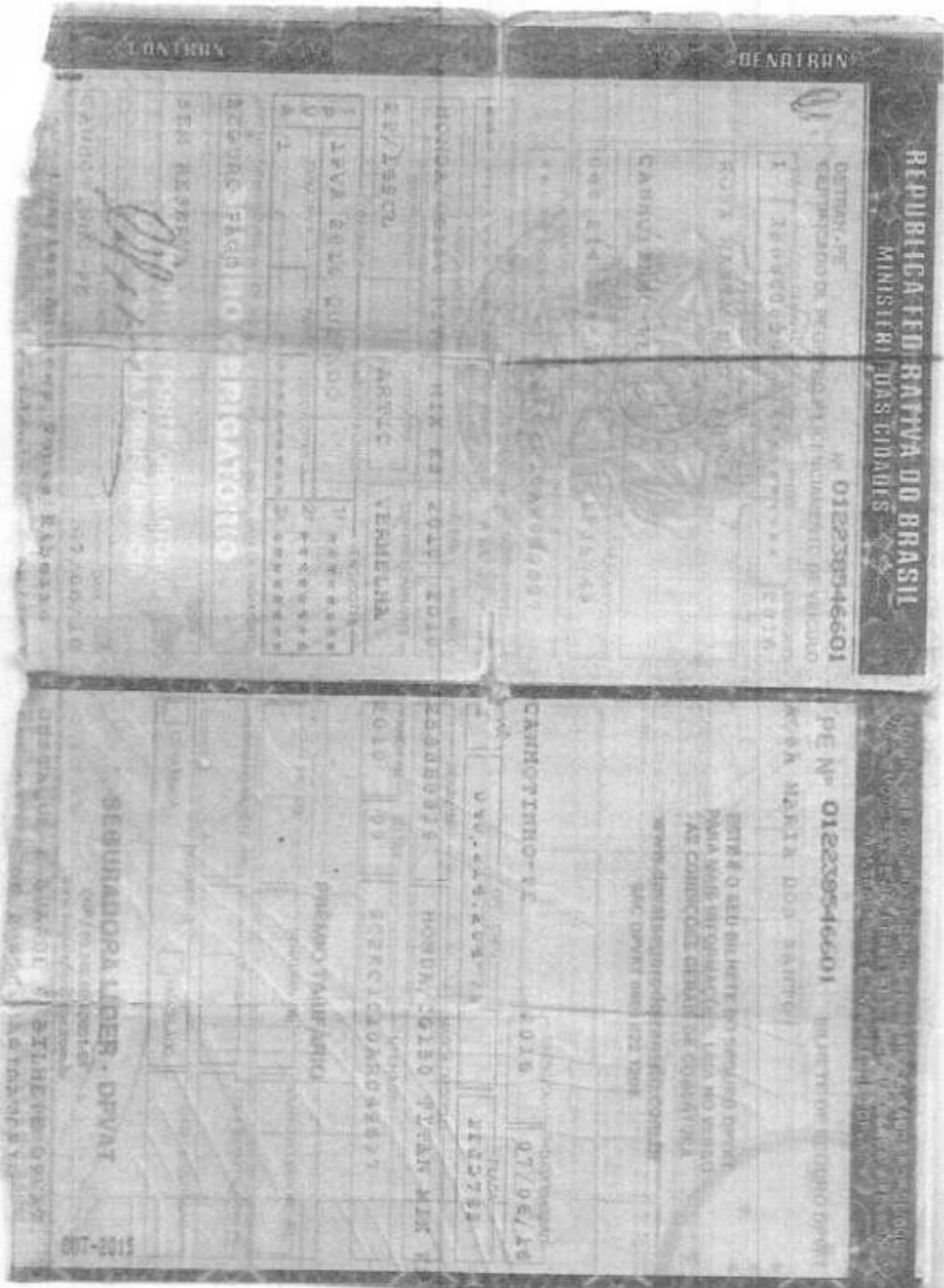
DE 14/03/1961. É BEM EXPEDEIRO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:47:12
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311471182100000063926178>
Número do documento: 20072311471182100000063926178

Num. 65144305 - Pág. 16





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200096484 **Cidade:** Jucati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
NUNES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200096484 **Cidade:** Jucati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
NUNES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076956/20

Vítima: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

CPF: 045.391.054-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES : 045.391.054-85

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: 03/03/2020
Nome: MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES
CPF: 045.391.054-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

MARIA ELANIA DA SILVA COSTA NUNES

JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/07/2020 11:47:12
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072311471182100000063926178>
Número do documento: 20072311471182100000063926178

Num. 65144305 - Pág. 21