



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202076300526	Distribuição: 01/07/2020
Número Único: 0001075-53.2020.8.25.0050	Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Nossa Senhora das Dores
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: JOSILENO DOS SANTOS
Endereço: POVOADO SAPE
Complemento: TEL: 79 9.9612-2834
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - Estado: SE - CEP: 49600000
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE NOSSA SENHORA DAS DORES DA COMARCA DE N. SRA. DAS DORES
Praça. Des. Aloísio de Abreu Lima, Bairro Centro, N. Sra. Das Dores/SE, CEP 49600000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202076300526

DATA:

10/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200810152302951 às 15:23 em 10/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NOSSA SENHORA DAS DORES/SE

Processo: 202076300526

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 **JOSILENO DOS SANTOS**, 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 **23/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **29/07/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 29/07/2019 após 7 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 23/12/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

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;

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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)

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **23/12/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

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.”

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

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

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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 citação⁷.

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 ação⁸

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 Sumula 474 do STJ.**

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar 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;

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

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

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito sob o nº 2595/SE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NOSSA SENHORA DAS DORES, 3 de agosto de 2020.

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (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/SE 780-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 da advogada KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito na 2592 - OAB/SE, com escritório na RUA PACATUBA, N.º 254, SALA 210, CENTRO. ARACAJU/SE, 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 **JOSILENO DOS SANTOS**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **NOSSA SENHORA DAS DORES**, nos autos do Processo nº 00010755320208250050.

Rio de Janeiro, 3 de agosto de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-A

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILENO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03520

CONTA: 000000010888-7

Nr. da Autenticação 2360DFF55061CB51

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSILENO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03520

CONTA: 000000010888-7

Nr. da Autenticação DF0491B33023395A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190457190 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSILENO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO COM LUXAÇÃO DO QUADRIL A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PELVE ASSIMÉTRICA COM QUEDA À ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA SINUOSA NA REGIÃO LATERAL DA COXA E POSTERIOR DA PELVE (NÁDEGA) A ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETA, ATROFIA MUSCULAR DA COXA POR RESTRIÇÃO DO USO, FORÇA MUSCULAR DA COXA DIMINUÍDA (++/+5), DOR E PARESTESIA NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL QUE IRRADIA-SE PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL.
ANGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 10°)
ANGULO DE ROTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE ROTAÇÃO EXTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL DIREITO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO +/- 2 CM MENOR QUE O MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/09/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO QUADRIL ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO QUADRIL ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190457190 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSILENO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO.
TRAUMA CORTO CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO QUADRIL (REDUÇÃO INCRUENTA SOB ANESTESIA E RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL), DEMAIS CONSERVADOR. PÁG 1/16/19/20.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL 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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190457190
Nome do(a) Examinado(a): Josileno dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Sape, S/N Casa
Zona Rural Nossa Senhora das Dores SE CEP: 49600-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 309.2655-6
Data local do acidente: [23/12/2018]
Data local do exame: [18/09/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE ACETÁBULO COM LUXAÇÃO DO QUADRIL A ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO SOB ANALGESIA E EM 2º TEMPO FOI REALIZADO A RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO INTERARTICULAR;

Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO.

Data da Alta: 09/01/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PELVE ASSIMÉTRICA COM QUEDA À ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA SINUOSA NA REGIÃO LATERAL DA COXA E POSTERIOR DA PELVE (NÁDEGA) A ESQUERDA, MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETA, ATROFIA MUSCULAR DA COXA POR RESTRIÇÃO DO USO, FORÇA MUSCULAR DA COXA DIMINUÍDA (++/+5), DOR E PARESTESIA NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL QUE IRRADIA-SE PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL.

ÂNGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)

ÂNGULO DE EXTENSÃO DO QUADRIL ESQUERDO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 10°)

ÂNGULO DE ROTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

ÂNGULO DE ROTAÇÃO EXTERNA DO QUADRIL ESQUERDO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

ÂNGULO DE FLEXÃO DO QUADRIL DIREITO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 125°)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO +/- 2 CM MENOR QUE O MEMBRO INFERIOR DIREITO

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE EM QUADRIL ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

QUADRIL - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

Ato

MS/DATASUS HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 392981 DATA: 23/12/2018 HORA: 18:46 USUARIO: MKOSANTOS
CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSILENO DOS SANTOS DOC....:
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 25/09/1981 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO SAPE NUMERO: 0
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE CEP....: 49600-000
NOME PAI/MAE...: NAO DECLARADO /MARIA LUZINETE BARRETO
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL....:
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: C. 4 A. 5 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

SS Paciente alcoolizado vítima de acidente (carro-tambo) apunhalado de frente
em pé no asfalto.

Fórmula de EPI ABCEP

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Inf. Externa A/E / Risco CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

SSUV
Rx de Polmão R/Pr de Risco ARI
Rx de Risco agudo agudo ARI
Rx de Risco R/Pr de Risco ARI

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL: ASSINATURA CARIMBO DO MEDICO
Contato com HRT - Dr. Brum
Contato SAMU - Dr. Almon

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

INVESTPREV

31 JUL 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/07/2019 12:36

Data/Hora Fim: 29/07/2019 12:53

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Nossa Senhora da Glória Aisp

Data/Hora do Fato: 23/12/2018 18:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora da Glória (SE)

Bairro: Povoado

Logradouro: rodovia estadual

Complemento: em frente a fabrica da avelan

CEP:49.680-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSILENO DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Nossa Senhora

Sexo: Masculino

Nasc: 25/09/1981

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Luzenite dos Santos

Endereço

Município: Nossa Senhora das Dores - SE

Logradouro: povoado sape

CEP: 49.600-000

Telefone: (79) 9612-2834 (Recado)

INVESTPREV

31 JUL 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 044.183.665-80	Placa QKS9436
Renavam 1066225831	Número do Chassi 9C2HB0210ER467177
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor VERMELHA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Nossa Senhora das Dores
Marca/Modelo HONDA/POP100	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Josileno dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que pilotava uma motocicleta pertencente a ELENILZA SANTOS MOURA, pela rua acima citada quando colidiu frontalmente com um outro veículo não identificado; QUE devido a colisão sofreu fraturas do fêmur da perna esquerda, sendo socorrido por populares e conduzido por populares ao Hospital de Nossa Senhora da Glória e posteriormente transferido em uma unidade do SAMU para o HUSE/ARACAJU onde foi submetida a intervenção cirúrgica. É

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana

Impresso por: Cleber Martins da Silva

Data de Impressão: 29/07/2019 12:54

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE Ocorrência

o relato.

ASSINATURAS

[Signature]
Jose Roberto de Melo Santos

Ag. Pol. Jud. 1 Classe
Cleber Martins da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 4712682
Responsável pelo Atendimento

[Signature]
Josileno dos Santos

Josileno dos Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) responsável pelas informações acima essenciais e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli-
gência, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

31 JUL 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 844.773.505-20 Nome completo da vítima: Jeruleno Dos Santos

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

Nome completo: Jeruleno Dos Santos CPF: 844.773.505-20
Profissão: carroceiro Endereço: Rua Sape Número: 51N Complemento: casca
Bairro: Santa Maria Cidade: Vol. Sra. Da Doris Estado: SE CEP: 49.600-000
E-mail: marcosduferia@gmail.com Tel (DDD): 49.99189207

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3520 CONTA: 10888 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Vol. Sra. Da Gloria 25.07.19

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

31 JUL 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 844.773.505-20 Nome completo da vítima: Jeruleno Dos Santos

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

Nome completo: Jeruleno Dos Santos CPF: 844.773.505-20
Profissão: carroceiro Endereço: Rua Sape Número: 51N Complemento: casca
Bairro: zona rural Cidade: Vol. Sra Da Doris Estado: SE CEP: 49.600-000
E-mail: marcondulferia@gmail.com Tel (DDD): 49.99189207

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3520 CONTA: 10888 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Vol. Sra Da Gloria 25.07.19

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

31 JUL 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSILENO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSILENO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003520

Conta: 0000010888-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSILENO DOS SANTOS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSILENO DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003520

Conta: 0000010888-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSILENO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190457190

Vítima: JOSILENO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSILENO DOS SANTOS

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



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: JOSILENO DOS SANTOS

DATA DA ENTRADA: 29-1-12-2018

DATA DA SAÍDA: 09-01-2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA (x) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM DOR EM QUADRIL ESQUERDO, ESCORIAÇÕES, FERIMENTO PORTO-COCTUSO EM DE ESQUERVO, LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO ASSOCIADA A FRATURA. FOI REALIZADA A SUTURA DO FERIMENTO DO DE ESQUERVO E INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO DAS DITAS LESÕES. FOI SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DO QUADRIL SOB ANESTESIA VERMOSA E A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL, PERMANECENDO NO HUSP COM BOA EVOLUÇÃO SENDO ALTA HOSPITALAR EM 09.01.19.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO SOB RAQUIANESTESIA.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIAS DE QUADRIL ESQUERDO, BACIA, TÓRAX, HEMOGRAMAS, ELETROCARDIOGRAMA,

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. MARTHA BARRETO

DR. ARTEMIO RICHAR MELO

DRA. PATRICIA T. CABRAL LIMA (ANESTESISTA)

DR. WALBER SOUZA.

INVESTPREV

31 JUL 2019

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (x) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 18 de JULHO de 2019

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.061.052-01
Médico
CRM/SE 1518

Izac Souza de Mendonça
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Izac Souza de Mendonça
CPF: 201.061.052-01
Médico
CRM/SE 1518

OK topedit

01

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1832445
CNS:

DATA: 24/12/2018
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 01:31

USUARIO: MNSANTOS

FAE LANÇADO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSILENO DOS SANTOS
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 25/09/1981
ENDERECO.....: POV SAPE
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE CEP....: 49600-000
NOME PAI/MAE...: /MARIA LUZINITE DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: ELENILZA - ESPOSA / SAMU TEL....: NAO INFORM
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES ADO
ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

paciente encaminhado do Hospital de Clinica com trauma no membro superior direito + TCC em pé esquerdo. Nao houve plancas metálicas nos membros superiores. Ex. físico: Abdom. dor; Pulso: pulso, localiz. profunda. ativa.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 Sutura + curativo do pé direito

1 PV. pelo ortopedico

1 Pta. pelo cirurgião geral

1 Sst 5000 U2 In 04:30

1 Ketin 2g IV 04:30

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ONIPRES.A

Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões
importantes em quadril E. A radiografia e o exame
Fisico-lúcido de QUADRIL E. a partir do qual portar.

CD: - D.E.T.A 2010

- 90 CC 01 NOV 2010


Welber Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM/SE 5161

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. 8ª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HCA.F - Dr. Bm. Ribeiro, Lins, Dr.

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

Ranion (Sertão)

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

José dos Santos

SEXO

M

NASCIDO EM

25/03/81

MATRÍCULA

37A

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente alcoolizado vítima de acidente com x-moto, fez uso de
GPE - Alcool; Reforço e dor no punho esquerdo
SSVV: 130x80 FC: 76 SPT 98V/A

(M): Luxação de punho esquerdo + fratura de bordo
do antebraço

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DE CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

Arterograma / RX de punho / Rb / Rm E:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Arterograma do C. Cerebral + Alcoolizado

DATA DO ENCAMINHAMENTO

22/12/18

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

HOSPITAL GOV. DOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 181969
 Numero do CNS.....: 0000000000000000
 Nome.....: JOSILENO DOS SANTOS
 Documento.....: 30926556 Tipo :
 Data de Nascimento: 25/09/1981 Idade: 37 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....:
 Nome da Mae.....: MARIA LUZINITE DOS SANTOS
 Endereco.....: POV SAPE
 Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49600-000
 Telefone.....:
 Municipio.....: 2804607 - - SE
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1832445
 Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
 Leito.....: 999.0855
 Data da Internacao: 24/12/2018
 Hora da Internacao: 08:33
 Medico Solicitante: 004.230.565-90 - MARTHA REBECA BARRETO SILVA
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Antif. Operador.: PRSFERREIRA

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:
 Local de Saida:
 Qualidade:
 Tipo de Saida:
☒ Principal:
☐ Secundario:
 Motivo Principal:
 Motivo Secundario:
 Observacoes:

alt hospital
 09
 12
 219

REALIZADO EM 31/12/18
 AS 10:55

TECHNICAL INFORMATION

REALIZADO EM 25/12/18
 AS 10:10



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação
Hospitalar
de Saúde

Nome do Paciente: Joelmo dos Santos	Idade: 34	Sexo: Mas.
Unidade de Produção: AHA-A	Leito: A7-2	Nº do Prontuário: 181969

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
18/01	08h	Paciente acordou cedo com dores no dorso, consciente, orientado, sem náuseas, vomito, febre ou dor de cabeça. M.B.C. sem alterações de função. Administrado medicamento analgésico no momento sem efeitos. Joelmo dos Santos FIC: 390303-TE COREN 41020-AM
18/01	09h	Paciente no leito administrado medicamento analgésico. Joelmo dos Santos FIC: 390303-TE COREN 41020-AM
18/01	03h	Paciente no momento - Feito
18/01	06h	Administrado medicamento de horário conforme prescrição; paciente sem intercorrências no momento. Sandra Barbosa Brito COREN 47404-AM
18/01	07h	Paciente encontra-se no leito, calmo, consciente, orientado, respondendo as perguntas verbais em uso de gelos isolizados, sem referir queixas no momento.
18/01	08h00	Administração de café da manhã
18/01	09h00	Administração de banho no leito
18/01	10h00	Administração de almoço
18/01	12h00	Administração de chá, administrado medicamento R.
18/01	15h00	Administração de banho
18/01	18h00	Administração de jantar
18/01	19h00	Administração de medicamento de horário
18/01	19:00 às 09:00	Paciente consciente, orientado, verbaliza dor no dorso de intensidade moderada.
18/01	09h	Administração de medicamento conforme prescrição.

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: João da Silva
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: luxação do quadril
CIRURGIA REALIZADA: Redução imediata do quadril
CIRURGIÃO: Dr. Martha Barreto
AUXILIARES: Dr. Hertz (Re)
ANESTESIA: Sedação ANESTESISTA Lequie
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Paciente em decúbito dorsal,
2. Sedação venosa,
3. Realização de rotacão externa do membro inferior
4. esquerdo.
5. Redução imediata, visto sob escopia,
6. Incisão cutânea p/ manter quadril redu-
7. zido.

DATA: 21/12/16

Dr. Martha Barreto
Ortopedia/Traumatologia
CREMESP
Assinatura do Cirurgião

NOME	Joilene dos Santos			PRONTUÁRIO	181959			
RECEBIDO NA S.O. POR	Equipe			DATA	24/12	18	SALA	09
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	☒	SONOLENTO	☐	AGITADO	☐	COMATOSO	☐
CIRCULANTE	clear			PROCEDÊNCIA				
ENTRADA S.O.	08:25h	INÍCIO DA ANESTESIA	08:35h	INÍCIO DA CIRURGIA	08:40			
SAÍDA DA S.O.		FIM DA ANESTESIA		FIM DA CIRURGIA				
CIRURGIÃO	maria barreto			1º AUXILIAR	maria helena			
ANESTESISTA	judmila magalhães			2º AUXILIAR				
INSTRUMENTADOR				LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDA () NA			
CIRURGIA PROPOSTA	Redução elementar de quadril							
CIRURGIA REALIZADA								

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA

ASSEPSIA

PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
-------------	----------------	-----------------	---------------------	----------------------	------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

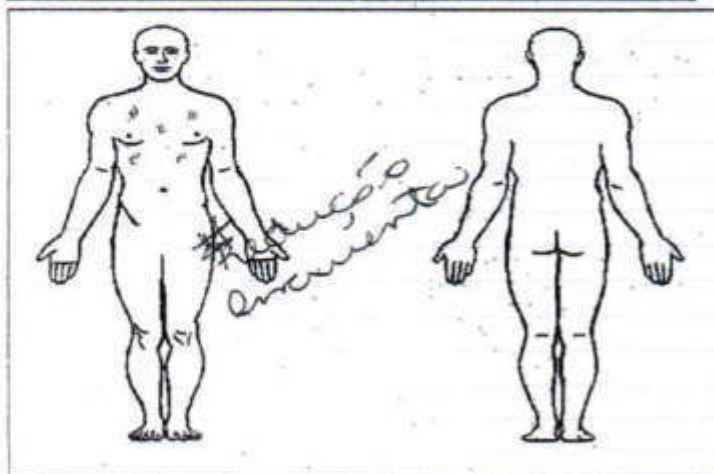
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID
--------	-----	-----	-----	-----

BISTURI ELÉTRICO

BIPOLAR	MONOPOLAR
---------	-----------



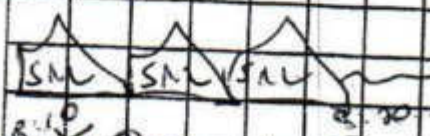
PLACA BISTURI	COMPRESSAS GRANDES
LOCAL	ENTREGUE
ELETRODOS	DEVOLVIDA
INCISÃO CIRÚRGICA	PEQUENAS
AVP	ENTREGUE
AVC	DEVOLVIDA
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()	

POSIÇÃO DO PACIENTE

DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
--------	---------	----------	----------	----------	---------------	-----------

SONDAS – DRENOS – CÂNULAS										
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:	
DRENOS		SUCÇÃO	Nº			TÓRAX	Nº		PENROSE	Nº
		ABDOMINAL	Nº			PIZZER	Nº		KHER	Nº
		BLAKE	Nº			OUTROS				
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY		SEM RESTRIÇÃO		COM RESTRIÇÃO		VIAS		Nº:		
FOLLEY	Nº:	FOLLEY SILICONE	Nº	SONDA NELATON (URETRAL)				Nº:		
PASSADA POR					ANATOMO PATOLÓGICO		Nº PEÇAS			
SINAIS VITAIS										
FC (BPM)										
SpO2 (%)										
EPCO2 (mmHg)										
PA (mmHg)										
PAI (mmHg)										
FR (RPM)										
TEMP (°C)										
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM										
HORA	REGISTRO							ASSINATURA		
08:25	Paciente adm em NO para realização de. Em uso de MUP com SPT monitorizada. Cliente.							[assinatura]		
08:35	Iniciado monitoria de TC Cesárea							[assinatura]		
08:40	Iniciado náusea e vômito + imobilização com tórax							[assinatura]		
09:20	Termino do procedimento							[assinatura]		
09:35	Encaminhado para SRA							[assinatura]		
ENCAMINADO PARA:										

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA					
PACIENTE: <u>Jaqueline dos Santos</u>				REGISTRO: _____			
UNIDADE: _____		MÉDICO: _____		LEITO: _____			
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Retorno de fratura intra-osteal em quadril esquerdo</u>				CIRURGIA REALIZADA: _____		DATA: <u>08/03/19</u>	
ANESTESIOLOGISTA: <u>Patricia Gomes</u>		TÉCNICA ANESTÉSICA: <u>Regenerase</u>		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA: _____			
CIRURGIÃO: <u>Dr. J. J. J. J.</u>		AUXILIAR: _____		ASA: <u>II</u>			
HORA DE INÍCIO: <u>8:10</u>	HORA DE TÉRMINO: <u>9:20</u>	ACESSO VENOSO: <u>Periférico</u>		POSIÇÃO: _____			

AGENTES INALATÓRIOS	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
FLUIDOS															
CEC OUTROS															

MONITORIZAÇÃO				CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA	
MONITORIZAÇÃO	PA NÃO INVASIVA	X	PVC		
	PA INVASIVA		TEMPERATURA		
	ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE		
	OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO		
	CAPNOGRAFIA		PAM		

AGENTES ANESTÉSICOS		DOSE	ANTIBIÓTICO PROFILAXIA
1) Morfina Multiponto + Oxycodona 10mg			NOME Cefazolin 1g
2) Demerol 100mg			1ª Dose as: 8:20 horas
3) Propofol (Regenerase em 10ml de óleo de soja)			2ª Dose as: horas
26 G Tipo Curado; LCA class, 10mg			3ª Dose as: horas
4) Demerol 100mg			OBSERVAÇÕES
5) Diprivan 1g			
6) Cefazolin 1g			
7) Demerol 100mg			
8) Remifentanyl 50mg			
Polícia T. Crim.			ENCAMINHADO PARA: UNIDADE

Patricia T. Cabral Vir
Anestesiologista
CRM 54.474

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Joseleus dos Santos*
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *PO retinador fungos, gonorréia*
CIRURGIA REALIZADA: *Relaxamento ligamentar*
CIRURGIÃO: *Hidelson de Azevedo*
AUXILIARES: *Joseleus dos Santos*
ANESTESIA: *Rapida* ANESTESISTA: *Patricio Cabral*
DIAGNÓSTICO POS- OPERATÓRIO:

☒ CIRURGIA LIMPA ☐ CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
☐ CIRURGIA CONTAMINADA ☐ CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☐ SIM ☐ NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

☐ VIAS AÉREAS SUP. ☐ PULMONAR ☐ URINÁRIA ☐ SNC ☐ TGI
☐ CUTÂNEO ☐ AP. CARDIO-VASCULAR ☐ PLEURA ☐ OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Paciente em DDH
Aspirar e amassar MIE
Corpos estranhos
Tramou porções a nível do pul
Relaxamento de ligamento anterior
Fixado por placas
Cerato estend

DATA: *08.01.19*

[Assinatura]
Arturino Costa de Melo
Ortopedia Geral
Cirurgia do Joelho
CRM-CE: 2232

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME	Joseno dos Santos			PRONTUÁRIO	181969			
RECEBIDO NA S.O. POR	Eduardo			DATA	08/01/18	SALA	01	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	☒	SONOLENTO	☐	AGITADO	☐	COMATOSO	☐
CIRCULANTE	neutro			PROCEDÊNCIA				
ENTRADA S.O.	07:20 h	INÍCIO DA ANESTESIA		h	INÍCIO DA CIRURGIA	08:20 h		
SAÍDA DA S.O.	10:30 h	FIM DA ANESTESIA		h	FIM DA CIRURGIA	09:20 h		
CIRURGIÃO	Dr. Hidelbrando			1º AUXILIAR				
ANESTESISTA	Dr. Fabricio			2º AUXILIAR				
INSTRUMENTADOR	Adriano + Gabriel			LATERALIDADE	☒ DIREITA ☐ ESQUERDA () NA			
CIRURGIA PROPOSTA								
CIRURGIA REALIZADA								

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	☒ RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	☒ SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA

ASSEPSIA

☒ PVPI TÓPICO	☐ PVPI ALCOÓLICO	☒ PVPI DERGEMANTE	☐ CLOREXID. ALCOÓLICA	☐ CLOREXID. DEGERMANTE	☐ CLOREXID. AQUOSA
---	---	---	--	---	---

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

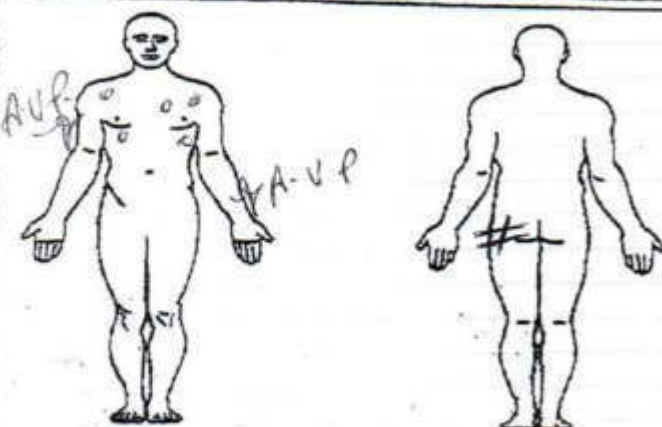
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

☒ CABEÇA	☐ MSD	☐ MSE	☐ MIE	☐ MID
--	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

BISTURI ELÉTRICO

☐ BIPOLAR	☒ MONOPOLAR
----------------------------------	---



PLACA BISTURI		COMPRESSAS	
		GRANDES	
LOCAL	perna D	ENTREGUE	DEVOLVIDA
•	ELETRODOS	20	20
+	INCISÃO CIRÚRGICA	PEQUENAS	
☒	AVP D E	ENTREGUE	DEVOLVIDA
☐	AVC D E		

GASOMETRIA: SIM () NÃO ☒

POSICÃO DO PACIENTE

DORSAL	VENTRAL ☒	LAT. ESQ ☒	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
--------	---	--	----------	----------	---------------	-----------

ELABORADO PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/ 01 E 02) ORIENTADO PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SILVIA SANDES

Clinica: GERAL TURNO:
NOME: FELIPE DOS SANTOS
MATRICULA: 39298 DATA: 23-12-2018
CIDADE: N. S. DAS DORES

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S. DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

H.N.I - N. B. - A. B. - A. B.

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

João dos Santos

SEXO

M

NASCIDO EM

25/03/81

MATRÍCULA

37A

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente encaminhado vítima de acidente com fratura de
PT L3-L4; fratura de L4-L5 com lesão medular
- 50V. 130x80 K2.76 SMI 38/1A

M. Lúcio de Jesus + fratura de L3-L4
no vertebrais

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDLTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO E
CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

Exames / N. S. das Dores / N. S. das Dores / N. S. das Dores

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Exames de L. 3. 6. 1. + A. B. - A. B.

DATA DO ENCAMINHAMENTO

23/12/18

Cerilda N. Almeida Jr.
CRM 38543

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 392981
CNS:DATA: 23/12/2018 HORA: 18:46
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

USUARIO: MKOSANTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSILENO DOS SANTOS DOC...:
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 25/09/1981 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: POVOADO SAPE NUMERO: 0
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DAS DORES UF: SE CEP...: 49600-000
NOME PAI/MAE...: NAO DECLARADO /MARIA LUZINETE BARRETO
RESPONSAVEL....: O PROPRIO TEL...:
PROCEDENCIA....: NOSSA SENHORA DAS DORES-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg] PULSO: []] TEMP.: []] PESO: []]

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: C. q. A. p. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

1855 Ponto distorcido utero de acidente (constante) apontando de ferida
na perna esquerda.

Fgo. um de EPI ALBNEP

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: M. Encefalopatia A/E (Crânio)

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① SSUV

② Meprob. 100mg

③ Rx de Polu. R/Px de Polu. R/PD

④ Rx de Polu. esquerda esquerda APID

⑤ G. B. p. 100 x 1000 g. 3.3. R

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA IML [] ANAT. PATOL

Geraldo N. Almeida Jr.
CRM-SE 5343

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA CARIMBO DO MEDICO

Contato com HRT - M. B. B.
Contato SAMU - M. Almon

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Nome da classificação: _____ Peso: _____ (Kg)
 Tipo de Lesão: ☐ Agudo ☐ Crônico: _____

Profissão: _____
 História Progressiva: DM ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ Etílica ☐ Tabagista ☐
 Terapia Medicamentosa: ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____
 Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim. Qual (is)? _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

	RESPOSTA OBSERVADA					TOTAL
ABERTURA DOS OLHOS	Espontâneos 4 ☐	Ordem Verbal 3 ☐	Dor 2 ☐	Sem Resposta 1 ☐		
RESPOSTA VERBAL	Orientada 5 ☐	Confuso 4 ☐	Palavras Inapropriadas 3 ☐	Palavras Incompreensíveis 2 ☐	Sem Resposta 1 ☐	
RESPOSTA MOTORA	Obedece ao comando 6 ☐	Localiza a dor 5 ☐	Reação Inespecífica 4 ☐	Flexão Anormal 3 ☐	Extensão a dor 2 ☐	Sem Resposta 1 ☐

SINAIS VITAIS:

DATA	FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tem °C	PA: (mmHg)	Glicemia (mg/dl)	Assinatura do profissional

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho: ☐ Laranja: ☐ Amarelo: ☐ Verde: ☐ Azul: ☐

[Handwritten Signature]

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

DATA Hora	Evolução de Enfermagem

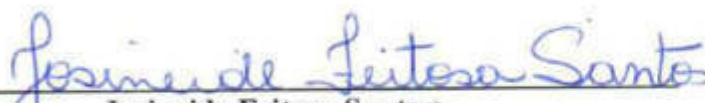
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem possa interessar, em 23 de Dezembro de 2018, foi admitido nesse nosocômio com BE392981 às 18h:46min, paciente vítima de acidente de trânsito, consta no sistema da recepção o nome do Sr. **Josileno dos Santos DN: 25/09/1981 Filho de Maria Luzinete Barreto**, porém consta no sistema da recepção dessa unidade hospitalar o nome da mãe incorreto, de acordo com a carteira de identificação do mesmo, o correto escreve-se **Maria Luzenite dos Santos**. RG 3092655-6 SSP/SE

Sem mais para o momento.


Josineide Feitosa Santos
Assistente Técnico I
FMS/IRGJAF

Nossa Senhora da Glória, 11 de Fevereiro de 2019.


Josineide Feitosa Santos
Assistente técnico I

INVESTPREV

31 JUL 2019



INVESTPREV

31 JUL 2019



HOSPITAL E MATERNIDADE
Santa Isabel

Av. Simeão Sobral, s/nº - Santo Antônio - CEP 49060-640 - Aracaju/SE
Fone: (79) 3212-4900 Fax: (79) 3236-2053 CNPJ/MF nº 13.025.507/0001-41

Para:

Relatório Médico

*Pac. feminino dos Santos vítima de
acidente motorciclístico em 03/10/18.
Desenvolveu dor, supun fratura em
região de quadril, tratado cirurgi-
camente, apresenta sequelas parciais,
erectamento de membro inferior.
Encaminhado de alta definitiva
CID= 570*

04/10/18
Dr. Alberto Velasco Verbo
CRM-957 - CEP 102.857.105-25

INVESTPREV

09 SET 2019

Solicitação de Ré – Análise

Eu: Josileno Dos Santos portador do RG: 3092655-6 CPF: 844.773.505-20 residente no Povoado Sape S/N Bairro: Area Rural Cidade: Nossa Senhora Das Dores -SE Cep: 49.600-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado 843,75 para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DE FRAGMENTO OSSEO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO CID:S70** sinto muitas dores horríveis não trabalho mas , não consigo andar direito pois fiquei com uma perna menor que a outra , fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.



JOSILENO DOS SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 26/08/2019

INVESTPREV

09 SET 2019

TESTEMUHAS:





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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcos D.O. Peça inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josefina Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.773.505/20, do sinistro de DPVAT cobertura matutina da Vítima Josefina Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.773.505/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: INVESTPREV e apresento os documentos comprobatórios:

31 JUL 2019

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Dos Seluros</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Centario</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>Br. São da Aurora</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
						<u>49.680-000</u>
Email	<u>marcosdufaria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.9918.9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.9923.2568</u>

Br. São da Aurora 24 de 07 de 19
Local e Data

João Marcos D.O. Peça
Assinatura do Declarante

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

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

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

Eu, Elenilza Santos Moura
RG nº 1542929, data de expedição 15/06/1998
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 044.183.665-80
com domicílio na cidade de It. São José Dorados, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Povo São, nº SIN,
complemento caso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Josileno Dos Santos, cujo o condutor era
Josileno Dos Santos
Veículo: moto Modelo: HONDA POP100 Ano: 2014
Placa: QK 59436 Chassi: 3C2H802J06R462177
Data do Acidente: 23/07/18

INVESTPREV

31 JUL 2019

Local e Data: It. São da Glória 24.07.19

+ Elenilza Santos Moura

Assinatura do Declarante

+ Josileno Dos Santos

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS - Rua
Edezio Vieira de Melo, 311, centro, Nossa Senhora
das Dores/SE, TEL. (79) 3265-1878 GLAUBER JUNHO
ANDRADE DE RESENDE - TABELIÃO
Reconheço por Autenticidade a firma de
ELENILZA SANTOS MOURA em 24/07/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. SECREVENTE :
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emel. nº 7,37,
FUND nº 1,47, Total nº 8,84 Selo:
201929860009091, Site: www.tjse.jus.br/x/84288



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE
Escrivente
AA097511

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS - Rua
Edezio Vieira de Melo, 311, centro, Nossa Senhora
das Dores/SE, TEL. (79) 3265-1878 GLAUBER JUNHO
ANDRADE DE RESENDE - TABELIÃO
Reconheço por Autenticidade a firma de
JOSILENO DOS SANTOS em 24/07/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. SECREVENTE :
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE Emel. nº 7,37,
FUND nº 1,47, Total nº 8,84 Selo:
201929860009091, Site: www.tjse.jus.br/x/84288



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS
ALEXANDRA SANTOS DE LIMA ANDRADE
Escrivente
AA097511