



Número: **0037537-32.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE (AUTOR)	EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (Réu)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (Perito)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56451 623	14/01/2020 17:49	<u>2624274_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00375373220198172001

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 10 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:49:36
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417493620600000055534457>
Número do documento: 20011417493620600000055534457

Num. 56451623 - Pág. 1



Número: **0037537-32.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE (AUTOR)	EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56451 624	14/01/2020 17:49	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

035.679.774-07 DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

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

Nome completo:

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Profissão:

Endereço:

VIGILANTE

RUA URIEL DE HOLANDA

Bairro:

LINHA DO TIKO

Cidade:

RECIFE

CPF:

035.679.774-07

Número:

1355

Complemento:

205-E

Estado:

PE

CEP:

52131-150

Tel.(DDP):

81 98552-7951

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECLUSO/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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO:

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

AGÊNCIA: **0049**

CONTA: **00214526**

(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso no Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação da creditação, queação 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 obtenção de pagamento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 à avaliação médica institutas da Imparadora, com o objetivo de verificação da existência e quantificação das desvantagens decorrentes da acidente de trânsito, conforme Lei 6.794/74, art. 39, §1º, do arrendo que esta autorização não significa prévia concordância a realização futura de laudos médicos cuja finalidade seja aferir a existência de invalidez, caso o interesse do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

MORTE

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 tiver filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (avi/nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando entre, ainda, de que qualquer mentira ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, a favor da responsabilidade criminal, no intuito do artigo 295 do Código Penal.

Local e Data: **RECIFE, 17 DE ABRIL DE 2019**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

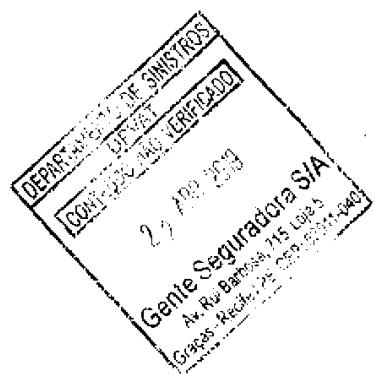
Assinatura do Representante Legal (se houver)

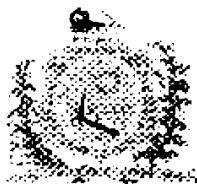
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, 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.

FPE 001 V001/2018







513442

0134322/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 015ª CIRCUNSCRICAO - ALTO DO PASCOAL
- DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0105000062

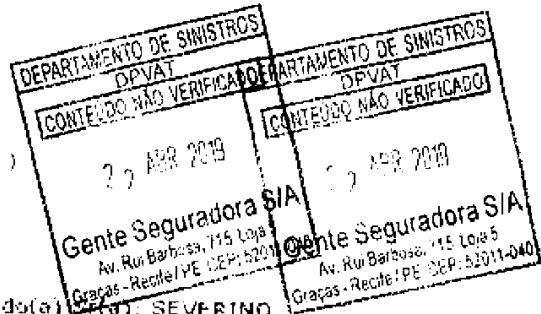
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/01/2019 às 12:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 7/1/2019 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: **RUA URIEL DE HOLANDA, 00001** - Bairro: **BEBERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO ARMAZÉM SHALON**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA (AUTOR/VAGENTE)
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO. (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA
VEÍCULO. (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

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

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe **AGRINÉA MARIA DA SILVA** Pai **JOSE FELINTO BEZERRA DE ANDRADE IRMÃO** Data de Nascimento: **8/8/1978** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA VEREADOR OTACILIO AZEVEDO, 888 - CEP: 55000-000 - Bairro: BREJO DE BEBERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe **LIDIA MARIA DE OLIVEIRA** Pai **WALDEMAR FRANCISCO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **26/4/1956** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ALTO DA SAUDADE, 564 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE BONIFACIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

13

08/01/2019 12:58



VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Srt(a): **SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA**,
que estava em posse do(a) Srt(a): **SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/TÓRD/PAMPA** Objeto apreendido: **Não**
Cor **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGB3200** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DRAILTON FELINTO DE ANDRADE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DRAILTON FELINTO DE ANDRADE** Categóra/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CM 125** Objeto apreendido: **NE** Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: PE23982 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observações

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE COMPARCEU A ESTA DELEGAÇÃO E DECLAROU QUE NO LOCAL, NA DATA E HORA SUPRACITADOS, QUANDO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA, FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO FORD PAMPA DE PLACA KGB-3288, CONDUZIDA POR SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA, QUE PRESTOU SOCORRO À VÍTIMA, LEVANDO-O PARA UPA DE NOVA DESCOBERTA, DE LA SENDO A VÍTIMA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. A VÍTIMA SOFREU CORTES NA PERNAS ESQUERDA, TENDO SIDO SUBMETIDO À CIRURGIA.

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

**DRAILTON FELINTO DE ANDRADE
(VITIMA)**

S.O. registrado por: **HAMUTON MOREIRA MOREIRA** - Matrícula: 358823

08/01/2019 12:56



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: 13/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000214526-9

Nr. da Autenticação B61A94784BE8A615



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:49:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417493630000000055534458>
Número do documento: 20011417493630000000055534458

Num. 56451624 - Pág. 5



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

1. Ocorrência da Emergência: 672609

1.1 - Atendimentos em: 07/01/19

1.2 - Às 15 horas e 03 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 723493

2.1 – Internado em: 07/01/19

2.2 - Alta em: 08/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA POR ABRASÃO + FERIMENTO EXTENSO + LESÃO DE MÚSCULO GASTROCNÉMIO E SOLEO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 07/01/19: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + SUTURA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 11.4.2019

HORA: 15:01:07

PASTA: 01.03.2019

JGAS

LP

Jessica Guido de Araújo Sá
CRM 15.938 RQE 2167



Dra. Jéssica Guido.



**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



: Abdômen

Diagnóstico inicial:

extensa, inúmeras massas E/Fx

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

1. IS massa E P-F

Código Procedimento:

2. SAI S/CCS laring

M Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

3. Afalpens Ig. sang

AL IV

4. Aclasse cirurgica

após Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução da Enfermagem:

*Dr. Rafael Luz SOUSA
Enfermeiro / Enfermeira /
22/01/2019
Ass. Enfermeira + Carimbo*

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Condição de Alta:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Melhorado |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Piorado |
| <input type="checkbox"/> Óbito | |

Informação do Serviço Social

Assist. Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos:

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :

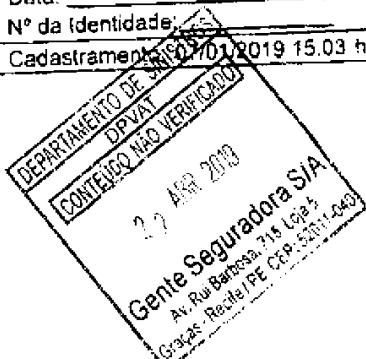
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 07/01/2019 15:03 h JOSENEIDEAS impressão: 07/01/2019 15:03 h JOSENEIDEAS

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 07/01/2019 14:53

	Nome Paciente: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 05/09/1978
	Sexo: Masculino
	Idade: 40
	Senha: E0024
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:

Período: 07/01/2019 14:55 - 07/01/2019 14:58

SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal: PACIENTE COM RELATO DE COLISAO LATERAL MOTO X CARRO EM USO DE CAPACETE, RETIRADO DO LOCAL POR PEDESTRES NÃO AGUARDANDO SOCORRO DE URGENCIA, HÁ 3HS, APRESENTANDO LESAO COM CURATIVO OCLUSIVO EM Perna ESQ + SANGRAMENTO.

Observação: VINDO COM CONDUÇÃO PRÓPRIA.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5



Acolhido(a) por: SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/01/2019 14:58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:49:36
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417493630000000055534458>
Número do documento: 20011417493630000000055534458

Num. 56451624 - Pág. 9

PERNAMBUCO

UNIDADE DE PRIMERIA DE ATENÇÃO

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

Nome do Paciente: Danielle Fábio de Oliveira Idade: 40

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Aracaju

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/AGGRESSIONE)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Passageiro de Outro Veículo () Motorista de Outro Veículo ()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete ()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Antrax Peçonha () Agente Causador ()

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada _____ Metros

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipos _____ () Arma Branca/Tipos _____

Agressão Sexual: () Meus Tristes () Outros () Citar _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Explosão () Capotamento ()

TRABALHO

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Dores na genitália e na bexiga

Hipótese Diagnóstica: Febre, náuseas, vômitos

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemiz Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.A.: _____

Vias Aéreas: FR: _____ Dispnéia S() N() Faringe Inflamada S() N() Ofuxismo Vias Aéreas: S() N()

Sibilos Expiratórios: S() N() BAN: S() N() Deterioração do Tórax: S() N() Cianide: S() N()

Distúrbio Fala/Choro: S() N()

Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retching Xifoide: S() N()

Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardiacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()

Coloração da Pele: Norrrocorada () Palidez () Claroze ()

Sudorese: S() N() Desidratação: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-18

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

HGN = 5594828



EXAME NEUROLOGICOAvaliação Física: Resposta Verbal () Resposta Estímulo Doloroso () Inexistente ()**Escala de Coma de Glasgow (ECG)****ABERTURA OCULAR**

Abertura Ocular Espontânea: 4

Abertura Ocular a Voz: 3

Abertura Ocular a dor: 2

Sem abertura ocular: 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado: 5

Confuso: 4

Responde à Pergunta: 3

Outras respostas: 2

Sem Resposta Verbal: 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando: 6

Localiza Estímulo Doloroso: 5

Retirada ao Estímulo Doloroso: 4

Descorticização: 3

Descerebração: 2

Sem resposta motora: 1

TOTAL DE PONTOS ECGSinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvia caminhada labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocônicas () Antisônicas () Míopes ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-12: TCE Moderado

ECG 13-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento extra: S () N ()

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

Lesões intra-abdominal: S () N () Fratura em Ossos Longos: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

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

Hábito Alcoólico () Alterações na Marcha () Sintomas Agudos () Alterações no humor ()

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

LSD() Maconha() Cota() Glicoxina() Crack() Ecstasy() Anfetamina() Excesso()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Respiração Cardiopulmonar: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

RX: S () N () Analgésia: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especifica:

Infusão de Fluidos: S () N () Específico:

Oxigenoterapia: Cetosa () Venosa () CPAP ()

Volume de Fluidos Infundido:

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

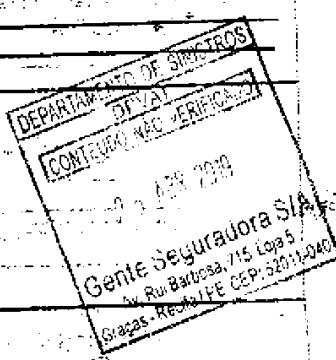
Outras Complicações:

Entubação Orotráqueal: S () N ()

Intervenções:

Ventilação Mecânica: Modificada

FIO2:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA*Embarque***CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para o atendimento:

Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Refe 7/1/19

Local e data

Dr. F. L. S. Neto

CRM 5387

Médico Assessor

Autuado e encaminhado para a faculdade de medicina





Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Registro: 723493 DATA: 07/01/19

Operador: DR. RAFAEL LUZ

1ºauxiliar: DR. ARISSON MR2

Anestesista: PLANTONISTA

Diagnóstico Pré-Operatório:

**FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA POR ABRASÃO + FERIMENTO
EXTENSO + LESÃO DE MUSCULO GASTROCNEMIO E SOLEO**

ESQUERDO

Tipo De Operação:

LMC + SUTURA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antissepsia + asscpisia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Visualizado ferimento extenso em região 1/3 proximal de perna esquerda com fratura abrasiva de tibia
- 5) Limpeza copiosa com SF 0.9%
- 6) Desbridamento de bordos de ferida
- 7) Sutura de tecido muscular com vicryl 2-0
- 8) Sutura de pele com nylon 2-0
- 9) Curativo estéril
- 10) Boa perfusão distal após o procedimento



Dr. Antônio Yves Cordeiro
Ortopedista e Traumatologista
CRMPE 2672



$$66 + 25 = 91$$

Protocolos de desarrollo de software

A black and white photograph of a historical document, likely a ledger or account book, showing handwritten entries in a grid format. The document is framed by a dark border.



Avaliação Física: Resposta Verbal () Resposta Motor () Estímulo Doloroso () Inresistível ()

Estado de Consciência: Alerta

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea: 4

Abertura Ocular à Voz: 3

Abertura Ocular à dor: 2

Sem abertura ocular: 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado: 5

Confuso: 4

Perdeu o tempo: 3

Sem resposta verbal: 2

Sem resposta verbal: 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando: 6

Localiza Estímulo Doloroso: 5

Retirada ao Estímulo Doloroso: 4

Desorientação: 3

Desorientação: 2

Sem resposta motora: 1

TOtal de Pontos ECG: 10

Sinais de distinção cerebral: Déficit Motor () Dessa consciência ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocôncava () Heterocôncava () Mydriase () Miosese ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento exterior: S () N ()

Lesões Intratorácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intracranianas: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informações:

Hálito Alcoólico () Alteração na fala () Sintomas visuais () Alteração no Fígado ()

Usou outras drogas: S () N () Informações: Vítoria () Outros ()

Lödo () Metacarbamol () Codeína () Crack () Lsd () Ecstasy () Sustato ()

CONSULTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Vertebral: S () N ()

Imobilização Tala Cervical: S () N ()

Antibiototerapia: S () N () Especificar:

Oxigêniooterapia: Oxigênio () Ventilador () CPAP ()

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

Entubação Orotracheal: S () N ()

Ventilação Mecânica: S () N ()

Respiratório: S () N ()

RX: S () N () Anestesia: S () N ()

Infusão de Flúidos: S () N () Especificar:

Volume de Flúidos Infundido:

Outras Condutas:

Interventões:

Interventões:

MOTRIS DA TRANSFERÊNCIA

Externa

DEPARTAMENTO DE
CONFERÊNCIA
2019-01-11 10:10:00
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 116 Loja 5
Gravas - Paulista - SP - 01250-000

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Motivo para encerramento:

Médico Responsável:

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Reuf 7/1/19

Local e data

Dr. F. L. S. Neto
CRM 5387

Médico Assinante

Dr. F. L. S. Neto
CRM 5387

*Autônomo recuperado para falecimento.
gravidez de 16 semanas*



Data do Atendimento: 07/01/2019 Hora: 12:21:32 PRONTUÁRIO: 53418
Sistema de Atendimento: 1305108
No. Atendimento: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO Colaborador: VIVIANESILVA

Nome: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE Sexo: M
Data de Nascimento: 05/09/1978 Idade: 40 Anos, 4 Meses e 2 Dias C.I.: 5328456
País ou responsáveis: AGRINEA MARIA DA SILVA
Endereço: ATE 1793/1794 VEREADOR OTACILIO AZEVEDO, 858 - ALTO JOSE BONIFACIO/ - 52081
Cidade: RECIFE Tel.:
Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg Temperatura: °

QPD / HDA:
respira bem / sono / dor
ver em mês

EXAME FÍSICO:
exame físico

Dados: ...
Número: ...

DIAGNÓSTICO:
Sofánnico

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO:
Tumores e lesões

Voltaren 50 - 100 mg dia

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:
Voluntário

*Destino do Paciente: ()Alta para casa ()Ecaminhamento ao Ambulatório ()Alta à Pedido ()Atestado Dias

T ()Transferência para outra Unidade ()Óbito ()Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: ()Melhorado ()Inalterado ()Piorado

CRM-PE 24.649
Dr. Sidney Albelto
Médico

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Resumo da Classificação de Risco : Protocolo

UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS 8H)

Data e hora retirada da senha: 07/01/2019 12:19

Nome Paciente: DRAILTONS FELINTO DE ANDRADE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/09/1978
Sexo: Masculino
Idade: 40
Senha: F0014
Convênio: -
Atendimento:
SAMM:

: 07/01/2019 12:29 - 07/01/2019 13:20

DIRCILENE VENTURA DE MORAES - COBEN: 334720 - ; ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

THEORY AND PRACTICE IN THE CLASSROOM

Con

PCT TRAZIDO POR FAMILIAR DA ENTRADA NA SALA AMARELA APRESENTA

**FERIMENTO EM MIE, RELATO DE A
HAS - DM -
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA**

THE JOURNAL OF CLIMATE

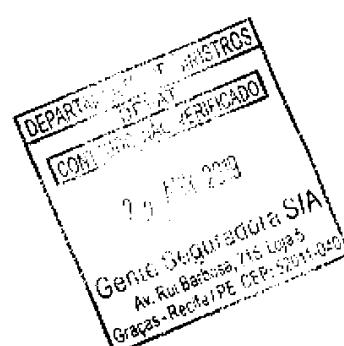
NEGA OUTRAS QUEIXAS

Fluxograma sintom

ACIDENTE DE TRA

Discriminador(s)

- DOR MODERADA



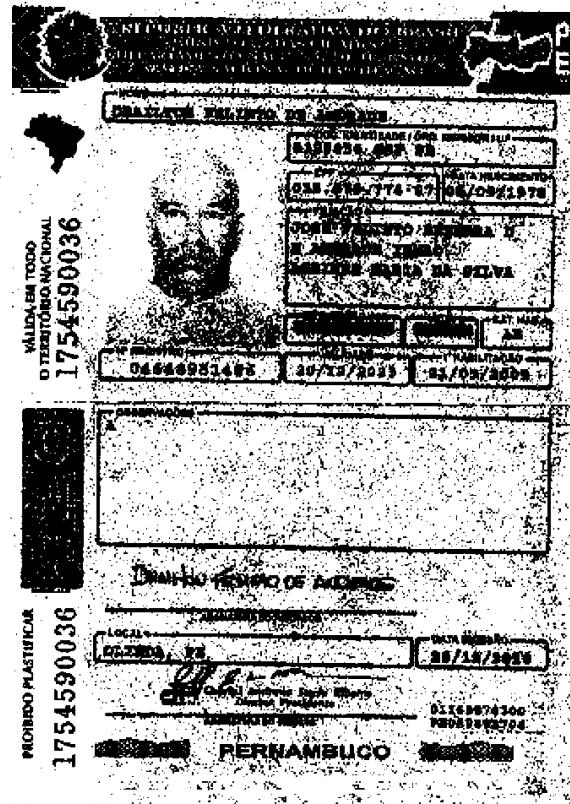
Assinado(a) por: DIRCILENE VENTURA DE MORAES - COREM: 334720 - - ENFERMEIRO(A)

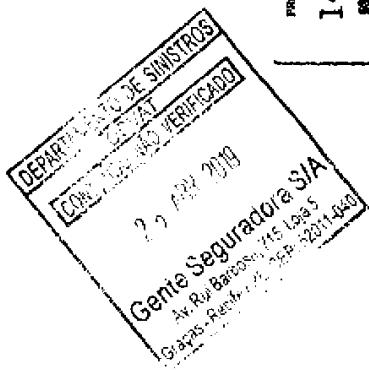
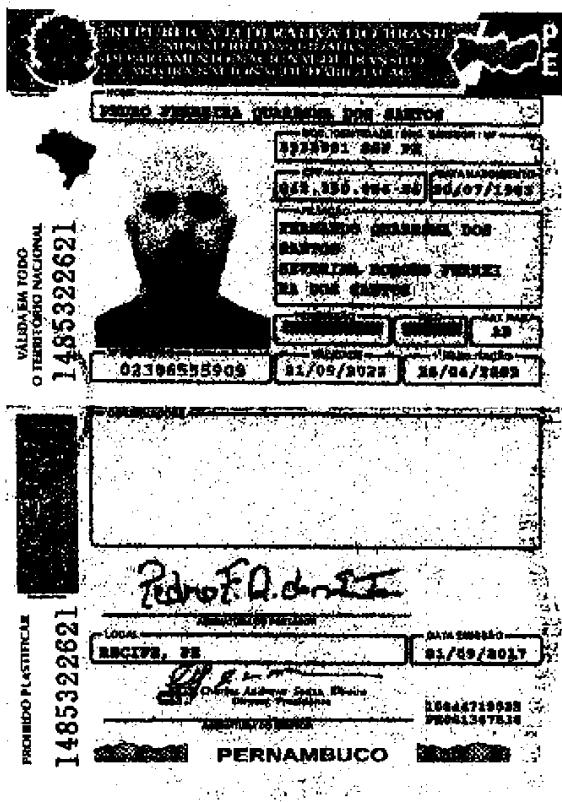
Data impressão: 07/01/2019 12:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190285872 **Cidade:** Recife
Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE **Data do acidente:** 07/01/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.
LESÃO DE MÚSCULO GASTROCNÉMIO SOLEO ESQUERDO .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO ALTA. P 9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE 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: 3190285872 **Cidade:** Recife
Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE **Data do acidente:** 07/01/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.
LESÃO DE MÚSCULO GASTROCNÉMIO SOLEO ESQUERDO .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO ALTA. P 9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190285872 **Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE**

Data do Acidente: 07/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14226472

Pag. 01827/01828 - carta_01 - INVALIDEZ
00010914



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 17:49:36
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417493630000000055534458>
Número do documento: 20011417493630000000055534458

Num. 56451624 - Pág. 23



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 Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190285872 **Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE**

Data do Acidente: 07/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 000000214526-9

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

