



Número: **0090046-37.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57218072	31/01/2020 11:10	2688200_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00900463720198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **12/02/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 23/02/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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.

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



DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

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

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução

¹“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)



da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

²RECURSO 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

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



No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

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 ação⁵

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.

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.

³ **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.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º . (...)**

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



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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

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

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há 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 o 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 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**, em curso perante a **10ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00900463720198172001.

Rio de Janeiro, 23 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0090046-37.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57218073	31/01/2020 11:10	ANEXO 1	Outros (Documento)



LAUDO MÉDICO

Data de Realização 11/2/19

Nº PRONTUÁRIO 102470

NOME DO PACIENTE Kennedy Severino dos Santos

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Friatura de Bacia Anterior e lateral
enrolado e instabilidade
CD: 5420

OBS.:

Nº DIAS _____

AFASTAMENTO DO TRABALHO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
07/11/19

Dr. Carlos R. A. Mendes
Otorrinolaringologista
CRM 12.345
Clínica

COF. 28/19

Scanned by CamScanner



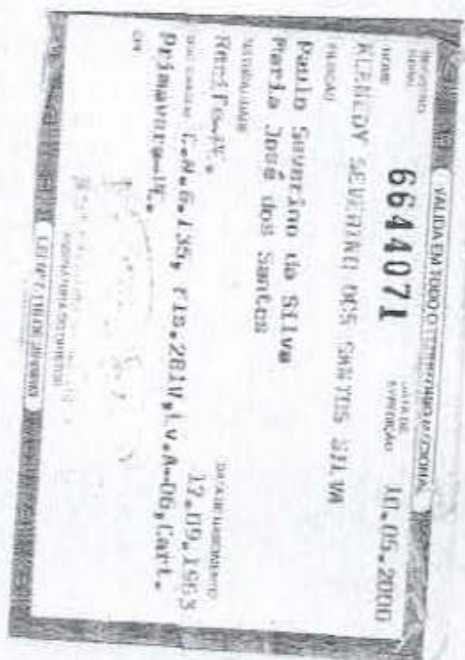


05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

3º ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/3001-11
TRACAO CORRETOIA
DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE

1019769392

05.802.494/0001-1
TRACAO COGNITIVO
DE SEGURANÇA
30 ABR. 2013
Rua da Aurora, nº 175, 54.902-011
Boa Vista - CEP: 52.060-010
RECIFE - PE

5.633.938
28/06/2011
SALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES PÚBLICOS

ALCIONE GOMES DA SILVA
18/10/1979
0030290 72 00104-98
028.465.664-583
RIS/AGER: 27.0388345-8
DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1979
CPF: 0030290 72 00104-98
CPF: 028.465.664-583
CPF: 27.0388345-8

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES PÚBLICOS

ALCIONE GOMES DA SILVA
18/10/1979
0030290 72 00104-98
028.465.664-583
RIS/AGER: 27.0388345-8
DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1979
CPF: 0030290 72 00104-98
CPF: 028.465.664-583
CPF: 27.0388345-8

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES PÚBLICOS

ALCIONE GOMES DA SILVA
18/10/1979
0030290 72 00104-98
028.465.664-583
RIS/AGER: 27.0388345-8
DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1979
CPF: 0030290 72 00104-98
CPF: 028.465.664-583
CPF: 27.0388345-8



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013726691129
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA- 1 478750528 RUA- ***** EXERCÍCIO- 2018

NOME-
KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA

PRIMAVERA-PE. 0

CPF- CNPJ- 057.535.634-08 PLACA- PGE4747

PLACA ANT- CP- ***** /PE CHASSI- 9C2KC1670CR548884

ESPECÍFICO- COMBUSTÍVEL-
PAM /MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA / MODELO- ANO FAB- ANO REG-
HONDA/CG 150 PAM ESI 2012 2012

CAP / POT / DL- CATEGORIA- COR PREDOMINANTE-
2P/149CL PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA- VENC. COTA ÚNICA- VENC. / DATA-
IPVA 2018 QUITADO 1ª *****

TAXA LÍQUIDA- PARCELAMENTO - COTAS- 2ª *****
A 1 3ª *****

PREMIO TÁRCAMO (R\$)- ICOP (R\$)- PREMIO TOTAL (R\$)- DATA DO PAGAMENTO-
SEGURO PAGOR OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES-
SEM RESERVA DE PONTE OBRIGATORIO
NÃO TEM DO PARA TRANSFERENCIA

PRIMAVERA-PE DATA- 25/01/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013726691129 BILHETE DE SEGURO DPVAT

KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

A 0

PRIMAVERA-PE EXERCÍCIO- 2018 DATA EMISSÃO- 25/01/18

VIA- 1 CNPJ- 057.535.634-08 PLACA- PGE4747

RENAULT- MATICA / MODELO-
478750528 HONDA/CG 150 PAM ESI

ANO FAB- CAT. DML- ANO CHASSI-
2012 09 9C2KC1670CR548884

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$)- DETRAN (R\$)- CUSTO DO SEGURO (R\$)-

CUSTO DO BILHETE (R\$)- ICOP (R\$)- COTA ÚNICA (R\$)-

SEGURO PAGO

PAGAMENTO- DATA DE QUITAÇÃO-
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.240.808/0001-04

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, Sl: 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194933 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGUNDO LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE. NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194933 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE CRANIO E FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194933 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE CRÂNIO
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR EVOLUINDO SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS E ALTA MÉDICA.

DANOS

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



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA
brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão:
portador(a) do RG nº.: 6644071, órgão
expedidor: SSS/PE, inscrito (a) no CPF sob o nº.:
057.535.634.06, residente na
ENCL. MASSANGANA / CABO FRANK S/N
cidade: CABO - PE, Estado: PE, CEP: 54510-992
telefone: 99711.7243 /
email: KENNEDYSEVERINO123@GMAIL.COM

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Lider, Seguradoras conveniadas à Lider DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

DOCUMENTO
ORIGINAL

Olinda, 20 de SEVERINO de 2018.

Kennedy Severino dos Santos Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Serviço Notarial e Registral - Ofício Único
Cartório Petronio Arruda

Reconheço por autenticidade a firma de: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA,
do(a) Ipsofacto, em 20/02/2018 às 10:00 em test. de verdade
TATIANE DE LIMA OLIVEIRA, (USCRIVENTE AUTORIZADO(A)),
Emol. R\$ 3,30 TMR: R\$ 0,80 FENC: R\$ 0,40 ISS: R\$ 0,20 Total: R\$ 4,70 por
Belo: 0150680.FUVO2201801.02611



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180194933**

Vítima: **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALCIONE GOMES DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180194933**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12746962

Pag. 01451/01452 - carta_01 - INVALIDEZ



00020726



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180194933**

Vítima: **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALCIONE GOMES DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180194933**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00623/00624 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12782236



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180194933**

Vítima: **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ALCIONE GOMES DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180194933**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01057/01068 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13181244





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

057.535.634-06

Nome completo da vítima

KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA	057.535.634-06	YORTEIRO
Endereço	Número	Complemento
ENG. MASSANGANA	104	
Bairro	Cidade	Estado
ENG. MASSANGANA	CAPO DE SANTO AGOSTINHO	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	SUSJO-992	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☒ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
NÚMERO	NÚMERO	NÚMERO	NÚMERO
2125	013 00026667		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Olinda 24 de Abril de 2013

Local e Data

05.808.194/0001-41

RECORRETO, A
DE SEGUROS LTDA

3º AB2. 2013

Kennedy Severino dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

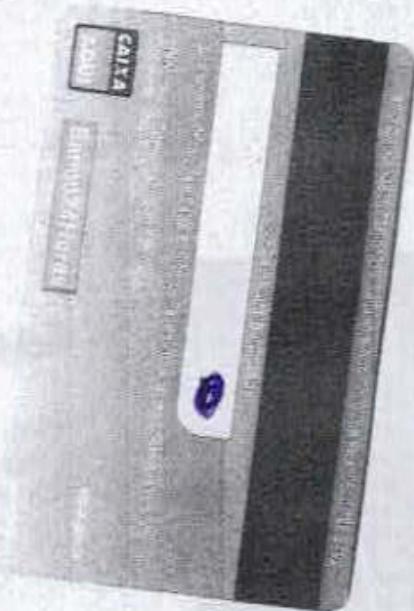
Rua da Aurora, 115, 51.903-21, e
Cidade: Recife - PE

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECIFE-PE

FAPPF.001 V001/2017





05.802.494/0001-61
TRACAO DIRECIONAL
DE SEGUROS LTDA

3-D ABR-2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141000667**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/02/2018** às **10:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/2/2018** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICIPIO), 1, PE-60**
- Bairro: **CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
GERALDO JOSE DE OLIVEIRA (NOTICIANTE)
KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA (VITIMA)
JOELMA MARIA DOS ANJOS (VITIMA)

DOCUMENTO
ORIGINAL

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

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

GERALDO JOSE DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA PESSOA DE MELO Pai: **JOSE HELENO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **21/12/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PIEDADE (BAIRRO), 400, RUA SÃO SEBASTIÃO, 400, RES MORADA DA PIEDADE, BL 1, AP 302 - CEP: 55000-000 - Bairro: PIEDADE - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL**

KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Pai: **PAULO SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **17/9/1983** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICIPIO), 1, ENG MASSANGANA, S/N - CEP: 54510992 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOELMA MARIA DOS ANJOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA VENÂNCIA DA SILVA DOS ANJOS Pai: **JOSÉ AMARO DOS ANJOS FILHO** Data de Nascimento: **21/8/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICIPIO), 1, ENGENHO MASSANGANA S/N - CEP: 54510-992 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

23/02/2018 10:20

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

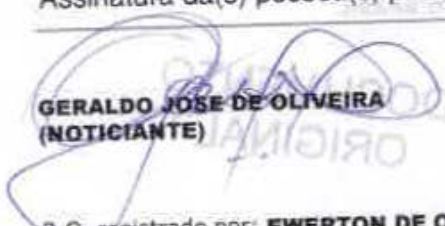
MOTOCICLETA (PGE4747) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO CG/150, ANO 2012, COR VERMELHA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE, SENHOR GERALDO JOSÉ DE OLIVEIRA, INFORMA QUE SEU CONJUNTO, KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA, NO DIA 12/02/2018, POR VOLTA DAS 13H, TRAFEGAVA PELA RODOVIA PE-60, NAS IMEDIAÇÕES DO PORTO DE SUAPE (CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE), PILOTANDO A MOTOCICLETA (PLACA PGE-4747-PE), TENDO COMO GARUPA A SENHORA JOELMA MARIA DOS SANTOS, OCASIÃO EM QUE, UM INDIVÍDUO, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA, DE MANEIRA DESAVISADA, SAINDO DE UMA VIA VICINAL, ACESSOU, DE MODO PERPENDICULAR, A PISTA PRINCIPAL, PROVOCANDO UMA COLISÃO ENTRE OS REFERIDOS VEÍCULOS. EM RAZÃO DO ABALROAMENTO, O SENHOR KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA SOFREU UMA FRATURA NA CLAVÍCULA, AO PASSO QUE JOELMA MARIA DOS SANTOS SOFREU DIVERSAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; AMBOS FORAM SOCORRIDOS PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR-PE PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA, ONDE FORAM SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR. ### OBSERVAÇÃO: AS VÍTIMAS NÃO COMPARECERAM A DELEGACIA PARA NOTICIAR O FATO PORQUE ESTÃO CONVALESCENDO.

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


GERALDO JOSÉ DE OLIVEIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EWERTON DE OLIVEIRA CUNHA MAT. 272.883-4** - Matrícula: 272883-4


Ewerton de O. Cunha
Agente de Polícia
Mat. 272.883-4

05.802.494/0001-41
TRACAO CORREFOJA
DE SEGUROS LTDA

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

3º ABIL. 2013

Rua da Aurora, 107 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP 50.050-010

23/02/2018 10:00



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA CPF da Vítima: 054.595.634-06 Data do Acidente: 30/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA CPF do Representante legal: 054.595.634-06
Email: _____ Telefone (DDD): (81) 99895-5388

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

05.802.494/0001-41
TITULÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Recife 24 de Abril de 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.050-010

RECIFE-PE

Kennedy Severino dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/02/2018 17:01

	Nome Paciente:	KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA
	Cód. Paciente:	102470
	Data de Nascimento:	17/09/1983
	Sexo:	Masculino
	Idade:	34
	Senha:	0035
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
	Atendimento:	419622 
SAME:		

Período: 12/02/2018 17:20 - 12/02/2018 17:20

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	EMERGENCIA - VERMELHO
Cor:	 VERMELHO
Queixa Principal:	PCT TRAZIDO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR EM MSE, APOS COLISAO MOTO X MOTO. PCT PASSOU DIRETO PRA SALA VERMELHA.
Observação:	NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA
Programa sintoma:	TRAUMA
Criminador(es):	- DOR INTENSA (8-10/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

21:45 h # Cir. Geral
Paciente com desorientação
e amnésia anterógrada
Col: TC de crânio

TC sem alterações Blomgren 19.
Ch. Madureza da

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETA DA
DE FÉGUROS (TDA)

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/02/2018 17:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA

RG nº 6644071, data de expedição 10/05/00, Órgão HB

CPF nº 151.525.634-06, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	ENGENTO MASSANGANA
Número	104
Apto / Complemento	CABO RURAL
Bairro	ENGENTO MASSANGANA
Cidade	CABO DE SANTO AGOSTINHO
Estado	PE
CEP	54510-992
Telefone de Contato	(81) 99895-5388
E-mail	98488-2131

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda

2018.

Assinatura do Declarante: Kennedy Severino dos Santos Silva

TRACÃO CORREÇÃO A
SUA ESCRITA LTDA

30 ABR 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Rua Vista - CEP 50.060-010
RECIFE, PE



VIVO VALORIZA

Viajar pelo Brasil é sempre bom. E com benefício especial do Vivo Valoriza na Avis fica ainda melhor.

 3 horas extras:
mais tempo para você
enfrim sua viagem.

 3 condutor
adicional
de cortesia.

 Aluguel de carro maior
(grupo C*) por preço de
veículo menor (grupo A).

| Promoção válida para reservas feitas entre os dias 01/12/2017 e 05/06/2018. |

Aproveite e confira também vantagens para locações internacionais.
Acesse www.avis.com.br/partners/avis-vivo-valoriza

Importante: Este benefício é válido apenas para reservas feitas no site www.avis.com.br e para locações feitas no Brasil. Não é válido para reservas feitas em outros países ou para locações feitas em outros países. A reserva deve ser feita pelo menos 30 dias antes da data de início da locação. A reserva deve ser feita pelo menos 30 dias antes da data de início da locação. A reserva deve ser feita pelo menos 30 dias antes da data de início da locação.



12%

de desconto na
reserva de carros e
mais 3 benefícios
para você.



AVIS

vivo

PATROCINADORA
OFICIAL DA
SELEÇÃO



05.802.494/0001-4
CNPJ 06.115.549/02-01
Estatuto Social - CEP 53.000-010
RUA DA VILA, 473, 5º ANDAR, C
OLINDA, PE 53230-010



CITRACORRE PE PL3

ALCIONE GOMES DA SILVA
RUA PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES 473
VILA POPULAR
53230-010 OLINDA PE



72 1214850 00000 0000000000000 3 0 271217

Vencimento
08/01/2018

Cadastre-se no Clube
União. Salvo erro.

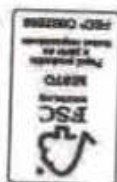


Assine e envie a cópia para
verificação no site www.avis.com.br

Fidelidade

Use o cartão de crédito

☐ Amex	☐ Diners	☐ Mastercard	☐ Visa
☐ Amex	☐ Diners	☐ Mastercard	☐ Visa
☐ Amex	☐ Diners	☐ Mastercard	☐ Visa
☐ Amex	☐ Diners	☐ Mastercard	☐ Visa



Para garantir a segurança de suas reservas, a Avis oferece a Proteção Social do Cliente (PSC). A PSC é um serviço que garante a segurança de suas reservas e a proteção de seus dados pessoais. A PSC é um serviço que garante a segurança de suas reservas e a proteção de seus dados pessoais. A PSC é um serviço que garante a segurança de suas reservas e a proteção de seus dados pessoais.

Planos a partir de R\$ 9,90.
Ainda não possui o Vivo Protege?
Ligue 103 15 e contrate.



Mais espaço para seus arquivos. Mais segurança para você.

Com Vivo Protege, você transfere seus arquivos e fotografias para a nuvem, com toda a segurança. Assim, você não precisa se preocupar com falta de espaço nos seus dispositivos na hora de registrar todos os momentos do seu fim de ano.

E só contratar e pagar com um pacote completo de serviços.

-  Espaço seguro virtual para armazenamento de arquivos.
-  Segurança Online: proteção contra hackers, vírus de computador e worms.
-  Wi-Fi Segura: segurança ao se conectar em redes públicas e compartilhadas.
-  Rese Garante assistência técnica por telefone, chat, acesso remoto ou visita.
-  Filmes Online e entretenimento.



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/BIBLIOTECABWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Aleione Gomes da Silva inscrito (a) no CPF 028.466.664 / 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KENNE DY SEVERINO DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.535.634 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KENNE DY SEVERINO DOS SANTOS SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.535.634/06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recluso - me Renda: Recluso - me e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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>AV. PROF. AGAMENOM MAGALHÃES</u>		Número <u>473</u>	Complemento <u>1000/607 208 50</u>
Bairro <u>VILA POPULAR</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.230-010</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9984884131</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 998955388</u>

Olinda 24 de Abril de 2018
Local e Data

Aleione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/02/2018 17:01



Nome Paciente: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA
Cód. Paciente: 102470
Data de Nascimento: 17/09/1983
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: 0035
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 419622
SAME:



Período: 12/02/2018 17:20 - 12/02/2018 17:20

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PCT TRAZIDO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR EM MSE, APOS COLISAO MOTO X MOTO. PCT PASSOU DIRETO PRA SALA VERMELHA.

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Programa sintoma:

TRAUMA

Criminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

21:45h

Cir. Geral

Paciente com desorientação
e amnésia anterógrada

Col: TC de crânio

FC em alterações
de memória etc

Blonde 19.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETO-CA
DE SEGUROS LTDA

30 Abr. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/02/2018 17:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Rx de Tórax: fratura de clavícula esquerda
próxima ao pneumotórax ou hemo-
pleural.

Classe 15, pupila reativa fotométrica

Alta do grupo, qual com
dr. Antônio, com curativo e retorno à medicação
- A ortopedia

Dr. Emanuel Alencar
Cirurgião Geral
CRM - 18711

17.16

ortopedia

RX = fratura da clavícula S/direita

ca: 2. Tórax hemigota

- Alta p/ ambulatório

J. J. Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.726

05. 20. 21
Rosa da Aurora
Cirurgião Geral

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOZA
DE SEGUROS LTDA

30 Ago. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bom Vista - CEP: 50.065-010
RECIFE-PE





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 426344

Data e Hora: 23/03/2018 07:48

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente: 102470 KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 17/09/1983 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: PAULO SEVERINO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
Endereço: ENGENHO MASSAGANA - Bairro: CENTRO
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHC PE Usuário Atendimento: ANDERSONFMS
RG (Identidade): 6844071 SDS PE Data de Emissão: 26 MAR 2018
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05753563408 Fone: 986245552
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN: 26 MAR 2018

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

Fratura da clavícula (S)
HA 35 dias

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: ()

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: 30/04/18

Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Anotações:

Rx clavícula
Tipográfica

Dr. Leonardo Caney
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - RBO 1115

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatorio de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

TRILHAO CORRETIVA
DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE





Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 422717

Data e Hora: 02/03/2018 08:04

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente: 102470 KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 17/09/1983 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: PAULO SEVERINO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783
Endereço: ENGENHO MASSAGANA Bairro: CENTRO
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHC PE Usuário Atendimento: GISELEMSS
RG (Identidade): 6644071 SDS PE Data de Emissão: Fone: 986245552
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05753583406 Data de Emissão CRN:
CRN(Certidão de Registro de Nasc):

11 5 MAR 2018

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

21 - dia de fratura da clavícula @ em tto conservador

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: ()

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: 3 semanas

Hora do Retorno:

Médico do Retorno:

Anotações:

Fato

Francisco Ferreira
Médico
CRM-PE 23424

Carimbo/Médico

IBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida, o setor (ambulatório de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

TRACÃO CORRUPÇÃO
DE SEGUROS LTDA

30 ABR 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

2318 clv. E. A. P.





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 419622

Data e Hora: 12/02/2018 17:05

Senha da Classificação:

0035

Paciente: 102470 KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 17/09/1983 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: PAULO SEVERINO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: ENGENHO MASSAGANA Bairro: CENTRO
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: JAIDEITENS
RG (Identidade): 6844071 SDS PE Data de Emissão: Fone: 986245552
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05753563406 Data de Emissão CRN: 7.0.FEV.2018

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Vítima de acidente automobilístico
Nega vômito e dor no
Referido trauma

Exame Físico

- A - Vias aéreas com estenose
- B - MVB em ant
- C - Hemodinamicamente estável
- D - ECG: 15 minutos
- E - Escala de membros

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

Conduta Terapêutica

LX
Paracetamol

Prescrição Médica

Sf 0,9% 1000 ml IV
Profund 100 mg + 100 mg IV

ATENDIDO

ATENDIDO

ATENDIDO

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____ LEITO DO PACIENTE: _____



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Fernando Severina Registro: 102470

Clinica: Enfermaria: 1/2nd Leito:

Diagnóstico: Data: 2/02 Hora: 18:00

Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente: S / Sincron

2 - Estado Geral/Nível de consciência: EG Regular, calmo, consciente

3 - Pele/mucosa: Unhas rosadas, mucosas cor-de-rosa

4 - Aparelho cardiovascular: FC: 72 PA: 120/70

5 - Aparelho respiratório: Dispneia FR: 20 Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal: Distensão abdominal

7 - Aparelho Geniturinário: Diurese espontânea

8 - Aparelho locomotor:

9 - Exames laboratoriais:

10 - Exames de imagem:

11 - Lesões/Curativos: Pele íntegra

12 - Observações:

13 - Prescrição de Enfermagem: Verificação SS UV 6/Ca

Thromboelastografia a cada 72h

14 - Alta: Transferência () Local Melhorada () Óbito () Evasão ()

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo: [Assinatura]

05.802.494/3001-4

TRACAO CORRETORA DE SEGURANCA

CÓD. 38263

30 ABR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Bom Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Renanely Santana do S Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Diagnóstico: _____ Data: _____

Plantão Noturno

Estado Geral: _____
Dieta: VO ☒ SNE () GTT () Dieta zero ()
Padrão respiratório: espontâneo ☒ AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()
Acesso Venoso: Periférico ☒ Central () Local: _____ Data da troca: _____
Drenos: Sim () Não ☒
Diurese: Espontânea ☒ SVD () Outros: _____
Evacuação: Presente () Ausente ()
Observações: _____

Ita: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Técnico em enfermagem: Elaine Cardoso

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO										
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	DIETA	GANHOS				PERDAS					
							NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica	
20																
21																
22			120/70													
23																
24																
01																
02																
03																
04																
05																
06			120/60													
07																
08																

05.802.404/2001-5
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITDA

3º ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-070
RECIFE-PE



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Kamilly Saldanha Registro: Santa Luz
Clínica: C. G. Enfermaria: Unidade Leito:
Diagnóstico: Pneumonia Data: 23.02.2013 Hora: Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa:

4 - Aparelho cardiovascular:

FC:

PA:

5 - Aparelho respiratório:

FR:

Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal:

7 - Aparelho Geniturinário:

8 - Aparelho locomotor:

9 - Exames laboratoriais

10 - Exames de imagem:

11 - Lesões/Curativos:

12 - Observações:

13 - Prescrição de Enfermagem:

Paciente receberá cuidados de enfermagem
09:25

14 - Alta: Transferência () Local

Melhorada ()

Óbito ()

Evasão ()

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
30/01/2020 11:10:08

05.802.104/2001
TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

CÓD. 38263

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

NOME: Kennedy Severino

IDADE: 34a

ALTA DOMICÍLIO ☐

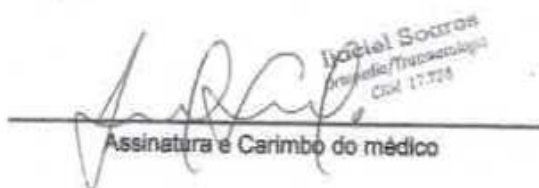
ALTA TRANSFERÊNCIA ☐

ALTA AMBULATÓRIO ☒

marcar retorno p/ 30 dias

DATA 12/01/18

HORA _____


Assinatura e Carimbo do médico

Isacel Soares
Médico/Transcendental
CRM 17.724

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

3º ABR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, 54.901-84, C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



RECEITUÁRIO

8/ Kennedy Severino dos Santos

02/ - uso oral -

① Nimesulida 100 mg ——— 1cx
Tomar o 1º de 12/12h

② Dipirona 1g ——— 1cx
Tomar o 1º de 6/6h

[Assinatura]
Haciel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.728

12/02/18

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRITONA
DE REGISTROS LTDA

30 ABR 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

NOME: Kennedy Severino IDADE: _____

REGISTRO: 102470 SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: 1 / 1 / _____

☒ AMBULATÓRIO ☒ HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____

☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☒ CONTROLE

EXAME: RX da clavícula E AP

MOTIVO: _____

REQUISITANTE/CARIMBO: _____

Itaci Soares
Radiologia/Traumatologia
CRM 17.725

LAUDO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

05.802.494/0001-4
TRACÇÃO CORREFOXA
DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 51.060-010
RECIFE-PE





CONTROLE DE ALTA

NOME: Kennedy Sacramento S. Silva

IDADE: _____

ALTA DOMICÍLIO ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA ☐

ALTA AMBULATÓRIO ☒

30 dias

DATA 12/02/18

HORA _____

Dr. Daniel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.523

Assinatura e Carimbo do médico

05.802.494/3001-4
TRACÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

