



Número: **0005545-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.134,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59005759	10/03/2020 13:34	2697893_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 27ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00055451920208172001

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 **LEONARDO DE OLIVEIRA 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 **30/08/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 09/10/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta **R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,45 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e quarenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **30/08/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,45 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

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

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

⁸ art. 1º. (...)

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



CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida 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, 18 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



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 **LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA**, em curso perante a **27ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00055451920208172001.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro 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: **0005545-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.134,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59005760	10/03/2020 13:34	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

COMPANHIA ENERGELUX
DE PERNAMBUCO
AVENIDA DE BARNES, 111, DOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ: 10.035.930/0001-04
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9107343-03

Lei da Seguridade da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 2
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO
Atendimento ao Cliente por telefone: 0800 21 0800 21
Ouvidor: 0800 21 0800 21
Atendimento ao Cliente por e-mail: atendimento@energiaelétrica.com.br
Agência Nacional de Energia Elétrica -
15 linhas gratuitas de telefones fixos e

DADOS DO CLIENTE

LOTE 11000 DA LVA
RUA TERMOZINHA RUA CORTEJO DA GAMA
CNPJ: 125.804.934-0

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA COR DA GAMA LFA 01A

DATA DE EMISSÃO
11/07/2019

TOTAL A PAGAR
0,00

DATA DE VENCIMENTO

27/08/2019

VALOR DE VENCIMENTO

0,00

VALOR DE VENCIMENTO

0,00

CONTA CONTRATO

000219340028

Nº DO CLIENTE

2002567054

Nº DA INSTALAÇÃO

0001723578

USO RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Mondinho

JARDIM JORDÃO TRAZERES
SAUPE 325 TABOADA DOS GUARAPASSOS

As informações aqui fornecidas são de caráter informativo e não representam qualquer garantia ou responsabilidade da Companhia Energética de Pernambuco. Para mais informações, consulte o site: www.energiaelétrica.com.br

CNPJ: 10.035.930/0001-04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Consumo Energia Elétrica	156,00	kWh	0,00	0,00	0,00
Imposto de Renda	156,00	kWh	0,00	0,00	0,00
Imposto de Renda	156,00	kWh	0,00	0,00	0,00
Imposto de Renda	156,00	kWh	0,00	0,00	0,00
Imposto de Renda	156,00	kWh	0,00	0,00	0,00
Imposto de Renda	156,00	kWh	0,00	0,00	0,00
Imposto de Renda	156,00	kWh	0,00	0,00	0,00
Imposto de Renda	156,00	kWh	0,00	0,00	0,00
Imposto de Renda	156,00	kWh	0,00	0,00	0,00
Imposto de Renda	156,00	kWh	0,00	0,00	0,00

TOTAL DA FATURA

INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
01/07/2019	0,00	01/07/2019	0,00	01/07/2019	0,00
02/07/2019	0,00	02/07/2019	0,00	02/07/2019	0,00
03/07/2019	0,00	03/07/2019	0,00	03/07/2019	0,00
04/07/2019	0,00	04/07/2019	0,00	04/07/2019	0,00
05/07/2019	0,00	05/07/2019	0,00	05/07/2019	0,00
06/07/2019	0,00	06/07/2019	0,00	06/07/2019	0,00
07/07/2019	0,00	07/07/2019	0,00	07/07/2019	0,00
08/07/2019	0,00	08/07/2019	0,00	08/07/2019	0,00
09/07/2019	0,00	09/07/2019	0,00	09/07/2019	0,00
10/07/2019	0,00	10/07/2019	0,00	10/07/2019	0,00

RECEITA TRIBUTÁRIA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
01/07/2019	0,00	01/07/2019	0,00	01/07/2019	0,00
02/07/2019	0,00	02/07/2019	0,00	02/07/2019	0,00
03/07/2019	0,00	03/07/2019	0,00	03/07/2019	0,00
04/07/2019	0,00	04/07/2019	0,00	04/07/2019	0,00
05/07/2019	0,00	05/07/2019	0,00	05/07/2019	0,00
06/07/2019	0,00	06/07/2019	0,00	06/07/2019	0,00
07/07/2019	0,00	07/07/2019	0,00	07/07/2019	0,00
08/07/2019	0,00	08/07/2019	0,00	08/07/2019	0,00
09/07/2019	0,00	09/07/2019	0,00	09/07/2019	0,00
10/07/2019	0,00	10/07/2019	0,00	10/07/2019	0,00

RECEITA TRIBUTÁRIA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
01/07/2019	0,00	01/07/2019	0,00	01/07/2019	0,00
02/07/2019	0,00	02/07/2019	0,00	02/07/2019	0,00
03/07/2019	0,00	03/07/2019	0,00	03/07/2019	0,00
04/07/2019	0,00	04/07/2019	0,00	04/07/2019	0,00
05/07/2019	0,00	05/07/2019	0,00	05/07/2019	0,00
06/07/2019	0,00	06/07/2019	0,00	06/07/2019	0,00
07/07/2019	0,00	07/07/2019	0,00	07/07/2019	0,00
08/07/2019	0,00	08/07/2019	0,00	08/07/2019	0,00
09/07/2019	0,00	09/07/2019	0,00	09/07/2019	0,00
10/07/2019	0,00	10/07/2019	0,00	10/07/2019	0,00



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

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



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-4167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GISELLE VALENCIA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR AP-104
COND EDIF SIGMA TRADE CENTER
ILHA DO LEITE/RECIFE
50070-490 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

01/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

077894342

CONTA CONTRATO

002525983016

Nº DO CLIENTE

2001355309

Nº DA INSTALAÇÃO

0002985198

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D577.11A4.4325.7F7F.D584.9005.3DE4.0FA8

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	222,00	0,77952320	173,05
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,60
Contrib. Num. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-NF 070199557-18/07/19			1,66
TOTAL DA FATURA			218,40

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
185,65	25,00	46,41	185,65	0,61	1,13
			185,65	3,72	6,90

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933003

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
SET 19		222
AGO 19		223
JUL 19		236
JUN 19		255
MAI 19		256
ABR 19		242
MAR 19		250
FEV 19		251
JAN 19		196
DEZ 18		271
NOV 18		239
OUT 18		273
SET 18		226

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	64,05	34,30
Transmissão	0,42	3,46
Distribuição (Cabo)	38,95	20,46
Encargos Setoriais	3,16	4,93
Tributos	34,41	20,52
Perdas de Energia	12,27	5,61
TOTAL	185,65	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO VEICULADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		K+ DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MC81974	CAT	18/08/2019	53.164,00	17/09/2019	53.381,00	29	1,00000	0,00	222,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
10/2019					
QIC-Mo.de horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	4,71	9,43	16,86
RIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
QMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,60	9,00	9,00
DMIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMIC: 12,72
FUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 60,24					
Toda interrupção pelo cliente será apurada nos indicadores QIC, RIC, DMIC e QMIC a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios forum ruy barbosa! avenida advogado jose paulo cavalcanti ilha joana bozerra / unilar: avenida lins petit boa vista! lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	09/2019	0,00	01/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-4167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GISELLE VALENCIA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES 105 - PR AP-104
COND EDIF SIGMA TRADE CENTER
ILHA DO LEITE/RECIFE
50070-490 RECIFE PE

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

DATA DE VENCIMENTO

01/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

077894342

CONTA CONTRATO

002525983016

Nº DO CLIENTE

2001355309

Nº DA INSTALAÇÃO

0002985198

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D577.11A4.4325.7F7F.D584.9005.3DE4.0FA8

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	222,00	0,77952320	173,05
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,60
Contrib. Num. Pública Municipal			31,09
ICMS Subvenção-CDE-NF 070199557-18/07/19			1,66
TOTAL DA FATURA			218,40

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
185,65	25,00	46,41	185,65	0,61	1,13
			185,65	3,72	6,90

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933003

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
SET 19		222
AGO 19		223
JUL 19		236
JUN 19		255
MAI 19		256
ABR 19		242
MAR 19		250
FEV 19		251
JAN 19		196
DEZ 18		271
NOV 18		239
OUT 18		273
SET 18		226

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	64,05	34,30
Transmissão	0,42	3,46
Distribuição (Cálculo)	38,95	20,46
Encargos Setoriais	3,16	4,93
Tributos	34,41	20,52
Perdas de Energia	12,27	5,61
TOTAL	185,65	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO VEICULADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		K+ DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MC81974	CAT	18/08/2019	53.164,00	17/09/2019	53.381,00	29	1,00000	0,00	222,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
10/2019					
QIC-Mo.de horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	4,71	9,43	16,86
RIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
QMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,60	9,00	9,00
DMIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DMIC: 12,72
FUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 60,24					
Toda interrupção pelo cliente será apurada nos indicadores QIC, RIC, DMIC e QMIC a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios forum ruy barbosa! avenida advogado jose paulo cavalcanti ilha joana bozerra / unilar: avenida lins petit boa vista! lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
002525983016	09/2019	0,00	01/10/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIG.NAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 ILCÍITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Giselle Valença de Azevedo

inscrito(a) no CPF/CNPJ 633.249.034 / 91, na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA inscrito(a) no CPF sob o Nº 107.942.264-18

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

inscrito(a) no CPF sob o Nº 107.942.264 / 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Alves</u>	Número: <u>105</u>	Complemento: <u>104</u>
Bairro: <u>Ilha do Leite</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: _____	Tel. (DDD): _____

Local e Data: Recife, 02 de Dezembro, 2019



Assinatura do Declarante



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 519700

Data e Hora do Atendimento: 30/08/2019 22:26

Usuário do Atendimento: JACIANEBO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Prontuário: 119779

Nome da Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA

Nome do Pai: JOSE PEDRO DA SILVA

Data do Nascimento: 24/12/1994

Idade: 24 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 9023046

SDS PE Data Emissão:

CPF: 10794226418

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 709501647687970

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA TIAGO MENDES CAVALCANTE 625 JARDIM JORDAO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54315297

Fone: 982323941

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 01

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 30/08/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: 02/09/2019

Hora: 12:00

Dr. Igor Abreu

Médico e C.R.M.: _____

02 SET 2019

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____


Hosp. Dom Helder Câmara
02/09/2019

H - Hospital Dom Helder Câmara
Sólange Lyra
Faturamento / SAME
05 SET. 2019



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LEONARDO OLIVEIRA SILVA

REGISTRO: 119772

IDADE: 24

DATA ADMISSÃO: 30/08/2019

DATA ALTA: 02/09/2019

6) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DIAFÍSE DE TÍBIA ESQUERDA

7) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TEOSSINTESE COM HASTE INTRAMEDULAR

8) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

9) Informações Complementares

ANTER MEMBROS ELEVADOS DURANTE REPOSIÇÃO

FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO

INICIAR FISIOTERAPIA APÓS 15 DIAS

REPOSIÇÃO DIÁRIA EM POSIÇÃO DE SAÍDA

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANA

Prescrição Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: ___/___/2019
Não ()

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SEDISA
Dr. Professor Martiniano Fernandes - UH Hospital
Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Av. BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Recife - Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abulrab
Médico Ortopedista
02 SET. 2019





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 519669

Senha da Classificação:

Data e Hora: 30/08/2019 16:54

Paciente: 119772 LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 24/12/1994 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA Nome do Pai: JOSE PEDRO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: XISTO PESSOA DE LUNA NETO CRM: 16635
Endereço: RUA TIAGO MENDES CAVALC 625 Bairro: JARDIM JORDAO
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE Usuário Atendimento: SANDRACA
RG (Identidade): 9023045 SDS PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10794226418 Fone: 982323941
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Pete vinha de acidente ortopédico nessa parte
de constrição do ombro. Referindo por imobilização
faz o.

Exame Físico

lesão, entorpecido, amarelo
deformação proeminente.
pulso diminuído,
médula proeminente.

Diagnóstico

luxação n. t. z. c.

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIDO 16/08/2019 16:54
1. SCS 100 ml 10 mg 10 mg 10 mg
2. RX SCS 100 mg 10 mg 10 mg

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



21:30 - em geral -

Vitais de paciente monitoradas
por E. 6 horas. No período não
há alterações ou agravamento. Não há
alterações...

EFAB, corado, sudoroso

MOSES 100 21 30

Medicamentos

K + Folic ácido / feto.

Op. Rta da cirurgia geral

- PAS fisiológico da ORTOPIEDIA.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
15/03/20

#Ortopedia#

2 sh Paciente refere ao trauma ortopédico há 10 horas

com trauma em zona E.

Não pode de permanecer em repouso.

Exame: Edema 2+/4+ em zona E + deformidade.

Neurovasculares preservados.

CD: Intenimento

Vinicius S. Couto
Ortopedia Traumatologia
CRM 15.592-PE

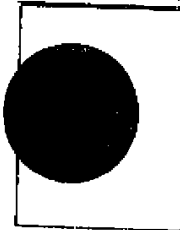


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/08/2019 16:30



Nome Paciente: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/12/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24 anos
Senha: 0045
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 30/08/2019 16:47 - 30/08/2019 16:49

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

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHA**
Cor: **VERMELHO**
Queixa Principal: PCT TRAZIDO PELO BOMBEIRO, COM QUADRO DE DOR EM MIE, APOS QUEDA DE MOTO. PASSOU DIRETO PRA SALA VERMELHA
Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA
Evolução sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
Especialidade: CIRURGIA GERAL

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

Data Impressão: 30/08/2019 16:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Exame Físico: Edema ++/+ + deformidade em
perna E.

Neurovascular preservado

Antecedentes Pessoais: φ

Medicações em Uso φ

Antecedentes Familiares: φ

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura de osso da perna E.

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: φ

Plano Terapêutico: Internar.

Cabo de Santo Agostinho, 30/08/18

Vinícius S. Couto
Assinatura e Carimbo

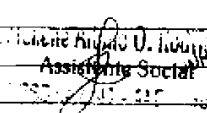
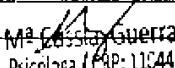
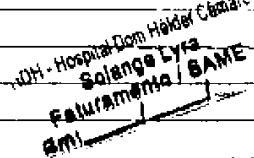
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Leonardo de Oliveira Siqueira Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: 405 Leito: 04

Data/Hora	Descrição
30/08/19 15:05h	<u>* Serviço Social *</u> Realizado atendimento social a família do pt, que refere que o mesmo ainda tem de se preocupar com a saúde física de saúde. Prestadas orientações das normas e regras do hospital e direitos do usuário do SUS e seguro DPVAT.
	 Assistente Social Solange Lyra Faturamento / SAME Em: _____
02/09/19 15:38h	<u>Psicologia</u> Pt visitado no momento o encontramos alerta, orientado, receptivo, sem queixas. Realizado trabalho psíquico de possível alta hospitalar.
	 Ma Cassia Guerra Psicóloga / CRP: 11144  Hospital Dom Helder Câmara Solange Lyra Faturamento / SAME Em: _____

CÓD. 38261





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 31/8/2019 10:02

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: LEONARDO OLIVEIRA		
ENFERMARIA/ LEITO 405-4		119625

405-4

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO

HD: FRATURA FEMUR

OSSOS DA PERNA. EM BOM ESTADO GERAL,, AGUARDA TTO CIRURGICO

CONDUTA AGUARDA CIRURGIA

31 AGO 2019





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 2/9/2019 12:30

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME	LEONARDO OLIVEIRA SILVA	119772

**EVOLUÇÃO CLINICA
ALTA ORTOPEDIA**

HD: FRATURA DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA

CD: FIXAÇÃO COM HASTE PFN

PCT EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRURGICO. NO MOMENTO EM BOM ESTADO

**GERAL, FERIMENTO SEM SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTA. SEM SINAIS
INFECCIOSOS**

EXAME FISICO:

1)EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVOVASCULAR (+)

ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR BRUNO

- **CONDUCTA :**
- **ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA**
- **ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMILIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO**
- **MEDICAÇÃO PARA CASA**
- **RETORNO AMBULATORIAL**
- **ATESTADO**
-

Dr. Igor Abutrab
Médico / CRM-SE-27718
02 SET 2019



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 31/08/19

Paciente: Leonardo de Oliveira Silva

Registro: 119772

Peso Atual: 88

Peso Habitual:

Altura: 1,86

Idade: 24

Leito: 405.4

Parte 1 – Triagem Inicial

	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20.5?		X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		X
Houve Redução na Ingestão de alimentos na última semana?		X
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

SIM: Se a resposta for 'sim' para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NAO: Se a resposta for 'não' para todas as questões, reavaliar o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas; Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer, Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou; IMC 18.5-20.5 + condição geral comprometida ou Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC <18.5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 0,000 Primário

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação = 1: A necessidade proteica está aumentada, mas o déficit proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação = 2: A necessidade proteica está substancialmente aumentada e o déficit proteico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação = 3: A necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

[Assinatura]
Nutricionista
CRN 000000000

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar.

*Kondrup, J., Allison, S.P., Fila, M., Vellas, B., Pauth, M.: Educational and Clinical Practice Committee. European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2005;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Tradução e utilização pela nutricionista Mariana Rastan.

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 01/09/2019
Hora: 15:35

Aviso de Cirurgia: 42786 Sala: 0002 SALA 02
Paciente: 119772 LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA Atendimento: 519700
Convênio Atend: 1 SUS - INTERNACAO Carteira:
Leito: 718 405 - 04 - LT TRAUMA Idade: 24 Anos
Dt. Inicio: Dt. Fim: 01/09/2019 15:39
Cid Pré-Operatório:
Cid Pós-Operatório:

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIAO 17411 AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA

Descrição Cirúrgica:

DDH/ANTISEPSIA/ASSEPSIA/ANESTESIA
ACESSO ANTERIOR DE JOELHO PARA PATELAR

Risco Cirúrgico:

DDH/ANTISEPSIA/ASSEPSIA/ANESTESIA
ACESSO ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO
PARAPATELAR MEDIAL AO TENDAO PATELAR
APOSIÇÃO DE HIM DE TÍBIA 50/380
POSICIONAMENTO A MÃO LIVRE DE PARAFUSOS DE BLOQUEIO 2 DISTAIS 1 PROXIMAL + PARAFUSO TAMPÃO
LIMPEZA CIRÚRGICA
SUTURA COM NYLON E VICRYL

achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA
CRM: 17411

Hospital Dom Helder Câmara
Solenize Lyra
Faturamento / SAME
05 SET. 2019

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

01.09.19

Paciente

LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

P

24

FE

CNP

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

AVILAHA

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO ☒ SIM

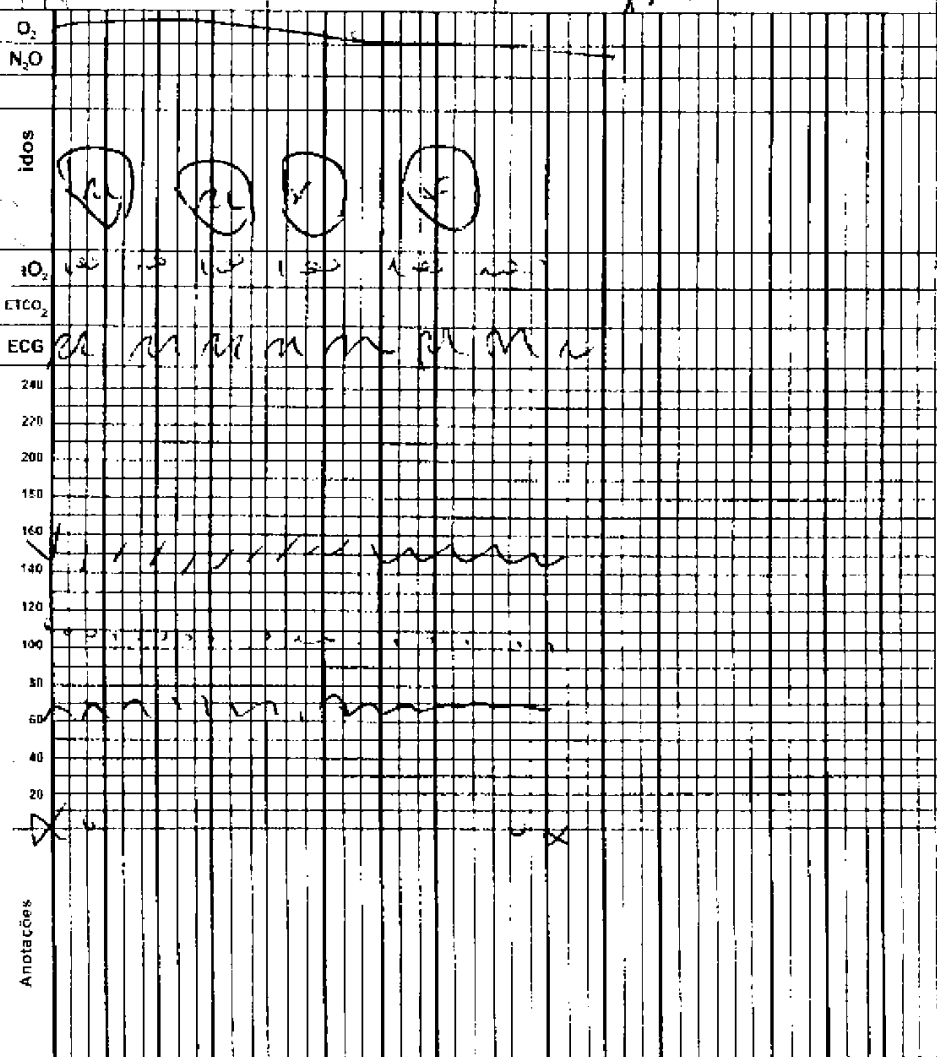
Cirurgia

Abcunha e tbc e

Horário

14h 20

15h 30



Drogas Usadas

Quantidade

Fentanyl	100mcg
Midazolam	5mg
Neostigmina	17,5
Atropina	2,0
Clotetina	2g
Clonazepam	3g
Dexametasona	10g
Diprivan	2g
Cefepime	100g
Cloridrina	30g

Antes da Anestesia: Riquex 1g 1g
Intubação com sucesso,
pressão arterial 120/80 mmHg,
depois da intubação
bloco efetivo

Monitorização

- ☒ Cardíaco
- ☒ Oximetro
- ☒ PNI
- ☒ Sonda Vesical
- ☒ Capnografia
- ☒ Elet. Pré-Cordial
- ☒ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volémia iBP Plus

Encaminhado

- ☒ Acordado
- ☐ Sedado
- ☐ Intubado
- ☐ Destino
- ☒ ORPA
- ☐ Ambulatório
- ☐ UCI
- ☐ Externo

Intercorrência

☒ NÃO ☐ SIM

Descrição:

Observações:

H. Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
em: 05 SET. 2019

Assinatura de Anestesiista



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Leonardo de Oliveira Silva Data: 01/09/19 Hora: 12:00 Registro: 119772
Convênio: SUS Leito: _____ Paciente: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Anselmo Anestesista: Dr. Anny
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Pro. por fratura de tíbia @ Início: 12:50 Término: 13:25
Anestesia: Raque + sedação Início: 12:25 Término: 13:25

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (x) Regular () Grave
Nível de Consciência: () Orientado (x) Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: (x) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim (x) Não
Chegou no CC em uso de: lente de contato

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal (x) Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (x)	Monitor Cardíaco (x)	PNI (x)	Bomba CEC	Aspirador ()
Colchão Térmico ()	Bisturi Ultrassônico	Artroscópio ()	Microscópio	Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico (x)	Local da Placa (x)			
Carro de Anestesia (x)	Difusor ()	Intensificador (x)		
Ap. Vídeo ()	Bomba de Infusão ()		Nº ()	
Oxigênio ()	Início _____	Término _____		
Protóxido ()	Início _____	Término _____		
Gás Carbônico ()	Início _____	Término _____		

Outros: _____

1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não (x)
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (x)
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não (x)
Curativo (Tipo e Local): Sim (x) Não ()

Punção Venosa: Sim () Não (x)
Sonda Gástrica: Sim () Não (x)

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Anestesia do paciente CIRURGIA: Anestesia do paciente
alco

6 - OBSERVAÇÕES:

Sem lesão de garupa.

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOR () UTI () Aplº () Regência ()

Data: 01/09/19 Hora: 13:35 Enfermeira: Daniela Circulante: Raquel Silva
COREN: PE 97.350

 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Amândio de Oliveira Silva</u>		Registro: <u>119112</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: <u>NO Cirurgia Fratura Tibia (E)</u>		Data: <u>01/09/2018</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade (☒)		☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros _____			
2. Ventilação prejudicada (☐)		☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☐ Instalar (☐ Manter (☐ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros _____			
3. Padrão de eliminação urinária (☒ Diminuído (☐ Aumentado		☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____ h ☒ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☒ Posicionar o paciente em posição de Fowler ☒ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☒ Registrar se: (☐ Dor ao urinar ☒ Abaulamento em região suprapúbica (☒ Ausência de diurese espontânea ☐ Outros _____			
4. Dor (☒) Local: _____ (☒ Leve (☐ Moderada (☐ Severa		☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☒ Registrar características e intensidades da dor ☒ Outros _____			
5. Integridade tissular prejudicada (☒)		☐ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>04/04</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____ h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros _____		09	
6. Sangramento (☒) Local: _____ (☐ Leve (☐ Moderada (☐ Severo		☐ Aferir pressão arterial de ____/____ min ☐ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros _____			
7. Imobilidade no leito prejudicada (☐)		☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____			

CÓD. 38605



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	() Aferir temperatura de ___/___ h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	() Aferir sinais vitais a cada 15 / 30 min.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência	
	Outros	
12. Risco de Infecção ()	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos Local: FOLHA	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
--	---------------------	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



**CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nome: Leonardo de Oliveira Silva Registro: 119772
Clínica: Ortopedia Enfermaria: S.R. Leito: 01
Sexo: M Peso de admissão: - Kg Peso Atual: - Kg

Hipótese Diagnóstica:

HORA: 15:50 PLANTÃO DIURNO: DATA: 01/09/19

Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: MSD
Curativo: (☒) Sim () Não Local:
Drenos: () Sim () Não Local:
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Aspecto:

Observações: Paciente E.G.R., admitido na SR às 15:50
paciente orientado, eupneico, hipocorado, pele íntegra,
medicado conforme C.P.M., segue aos cuidados da
enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Daniela 001120021

HORA: PLANTÃO NOTURNO: DATA: / /

Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local:
Curativo: () Sim () Não Local:
Drenos: () Sim () Não Local:
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto:

Observações:

Auxiliar / Técnico de Enfermagem:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Leonardo de Oliveira Data: 01/09/19 Registro: 119772
Convênio: SU3 Leito: Sihee Hora: 10:15

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Abraham 1º auxiliar: Dr. Anik
Anestesista: Dr. Anik Instrumentador: Raquel
Circulante: Raquel

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INI
ap r lapo r	blue → black STEAM 2	SACO / BLOC H.M.
Punho de power motor STRYK	blue → black STEAM 2	Chemdyne CD29 Multi-variable indicator Type 4 Contents Initials Date
sta dura	blue → black STEAM 2	Chemdyne CD29 Multi-variable indicator Type 4 Contents Initials Date
malha tubular	blue → black STEAM 2	Chemdyne CD29 Multi-variable indicator Type 4 Contents Initials Date
P.V. 4,5	blue → black STEAM 2	Chemdyne CD29 Multi-variable indicator Type 4 Contents Initials Date
Basico MM 5	blue → black STEAM 2	Chemdyne CD29 Multi-variable indicator Type 4 Contents Initials Date
Basico menor	blue → black STEAM 2	Chemdyne CD29 Multi-variable indicator Type 4 Contents Initials Date
saes	blue → black STEAM 2	Chemdyne CD29 Multi-variable indicator Type 4 Contents Initials Date
caixa Host de tubo 1/2	blue → black STEAM 2	Chemdyne CD29 Multi-variable indicator Type 4 Contents Initials Date
caixa Host de tubo 2/2	blue → black STEAM 2	Chemdyne CD29 Multi-variable indicator Type 4 Contents Initials Date
Maletins	blue → black STEAM 2	Chemdyne CD29 Multi-variable indicator Type 4 Contents Initials Date

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 13:34:58

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Leonardo de Oliveira Silva	DATA:	01/09/19
CIRURGIÃO:	Dr. Anderson	RG:	19232
ANESTESISTA:	Dr. Amny	AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	Dr. Carlos Eduardo de Toledo	ANESTESIA:	Raqui + Sedação
ESTRUMENTADOR:	Rafael	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Amel
CIRCULANTE:	Rafael	COREN:	
ENFERMEIRA:	Danielle	HORARIO INICIAL:	11:30
		HORARIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02

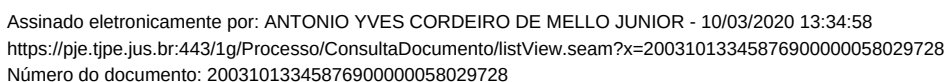
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA POSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 3840

Rafael Godoy D. C. Lima
Enfermeiro

MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
-------------------------------------	------------

[illegible]



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 119772

Nome: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA

End: RUA TIAGO MENDES CAVALCANTE

Endim: 405 - 04 - LT TRAUMA

Atendimento: 519700

Leito: 718

Dt.Cad: 20/08/2019

Dt. Nasc: 24/12/1994

Bairro: JARDIM JORDAO

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS: 709501647687970

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

☒ O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim

☒ Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☐ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

☒ Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

☐ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

- ☒ Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *4h40*

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

☒ O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☒ Não se aplica

☒ Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim *Rx*

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *990 Cirurgia - Exat. 91h40*

- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)

- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente

- ☒ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *Não*

- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Pós-op / S RPA

20/03/2020 13:34:58
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

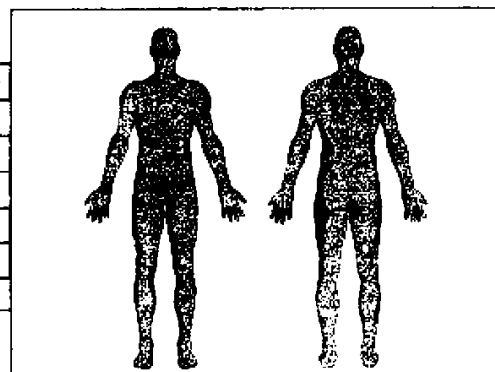
Data: 30 / 08 / 19

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 06:00

GT STAO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Juanmarcio Oliveira Silva
Data de Nascimento:	24/12/94
Registro:	839770
Sector:	TPO
Leito:	405-04



SINAIS VITAIS		
PA:	130 x 80	136,5
HGT:		
Observação:		

ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM ()	NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO:
DIABÉTICO:	SIM ()	NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO:
HÁBITOS:	TABAGISTA:	SIM ()	NÃO (X) Há quantos anos: Qtd/dia:
	ETILISTA:	SIM (X)	NÃO () Há quantos anos: Qtd/dia:

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	RX (X)	TAC c/ Contraste ()	USG () ECO ()
	TAC s/ Contraste ()	RNM ()	CATE ()
LABORATÓRIAL:	SIM ()	NÃO (X)	Observação:
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM ()	NÃO (X)	Risco Cirúrgico:
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM ()	NÃO (X)	GRUPO SANGÜINEO:
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM ()	NÃO (X)	Qual?: UTI: LEITO:

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM ()	QUAL:	SNE ()	SNG ()
NÃO (X)	OBSERVAÇÃO:	SVD ()	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra:	
SIM ()	QUAL:	DRENO	
NÃO ()	OBSERVAÇÃO:	SIM () NÃO ()	
SIM ()	QUAL:	Qual:	
NÃO ()	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:	Local:	

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM (X)	NÃO ()	À partir do dia: / às : Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X)	NÃO ()	Observação:
TRICOTOMIA:	SIM ()	NÃO ()	Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X)	NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ()	Quais/Datas:	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas:	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	Observação:	LATERALIDADE: SIM () NÃO ()
	NÃO ()		DEMARCADORA: SIM () NÃO ()

Enfermeiro Responsável:

(Assinatura e Carimbo)

CÓD 38404



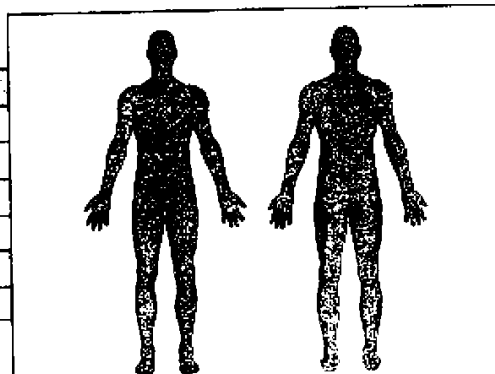
HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>Leonardo de Figueiredo Silva</u>	
Data de Nascimento: <u>24/12/1977</u>	Registro: <u>119777</u>
Setor: <u>MD</u>	Leito: <u>405-4</u>



SINAIS VITAIS		
PA: _____	T: _____	HGT: _____
Observação: _____		

ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM () NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO:	_____
DIABÉTICO:	SIM () NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO:	_____
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM () NÃO (X)	Há quantos anos: _____	Qtd/dia: _____
	ETILISTA: SIM () NÃO (X)	Há quantos anos: _____	Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM: RX (X)	TAC c/ Contraste ()	USG () ECO ()	LABORATORIAL: SIM () NÃO ()
	TAC s/ Contraste ()	RNM () CATE ()	Observação: _____
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM () NÃO (X)	Risco Cirúrgico:	_____
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO (X)	GRUPO SANGÜÍNEO:	_____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO (X)	Qual? UTI: _____	LEITO: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM () QUAL: _____		SNE () SNG ()	
NÃO (X) OBSERVAÇÃO: _____		SVD ()	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra: _____	
SIM () QUAL: _____		DRENO	
NÃO (X) OBSERVAÇÃO: _____		SIM () NÃO ()	
SIM () QUAL: _____		Qual: _____	
NÃO (X) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____		Local: _____	

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM (X) NÃO ()	À partir do dia: <u>31/08/12</u> às <u>22h</u>	Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X) NÃO ()	Observação: _____	
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO (X)	Observação: _____	
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X) NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ()	Quais/Datas: _____	
	NÃO (X)		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas: _____	
	NÃO (X)		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	Observação: _____	
	NÃO (X)	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM () NÃO ()
			Observação: _____

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinatura - Carimbo)

Leticia Lins Correia Silva
COREN-PE 38077-ENF

CÓD. 38404

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LEONARDO OLIVEIRA SILVA

REGISTRO: 119772

IDADE: 24

DATA ADMISSÃO: 30/08/2019

DATA ALTA: 02/09/2019

6) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA

7) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM HASTE INTRAMEDULAR

8) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

9) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBROS ELEVADOS DURANTE REPOUSO

2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO

3) INICIAR FISIOTERAPIA APÓS 15 DIAS

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANA

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: __/__/2019

Não ()

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

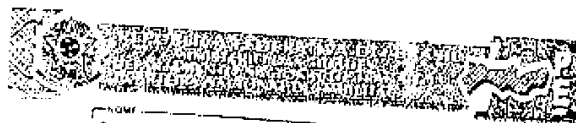


(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Alencar
Médico Ortopedista
02 SET. 2019





NOME
LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

DOC. IDENTIDADE, RG EM SEU NOME
9023046 SDB PE

CPF
107.942.264-18

DATA NASCIMENTO
24/12/1994

ENDEREÇO
JOSE PEDRO DA SILVA
MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA

PERMISSÃO
AB

VALIDADE
23/09/2022

VALIDADE
29/01/2016



ASSINATURA
Leonardo de Oliveira Silva

LOCAL
JANGUATÁ DO GUARAPARÉ, PE

DATA
06/09/2017

ASSINADO
R1634865074
PE001698411

PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
SIRIAN VALERIA DE MENEZES

CPF
2974373 08P PM

DATA NASCIMENTO
20/10/1966

SEXO
F

ENDEREÇO
R. S. DE MENEZES
FIDELIO
SIRIAN VALERIA DE
MENEZES

PROFISSÃO
NÃO RESPONDEU

LOCALIDADE
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
12/11/1985

VALIDADE
20/10/2015

NUMERO
0388181.6101

DESCRIÇÃO
SEM observações

ASSINATURA
[Assinatura]

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
11/10/2011

ASSINATURA
[Assinatura]

18048471131
70043470234

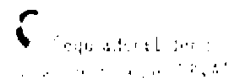
RECIFE - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
473953700

PROIBIDO PLASTIFICAR
473953700



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434892/19
Vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 107.942.264-18
Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/08/2019
Titular do CPF: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA : 107.942.264-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679426

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Data do acidente: 30/08/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/10/25

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679426

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Data do acidente: 30/08/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 2/10/25

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

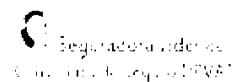
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434892/19

Vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 107.942.264-18

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 30/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA : 107.942.264-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679426

Vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15203023





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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679426

Vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002988-2

Conta: 0000049437-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 107.942.264-18 4 - Nome completo da vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

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

5 - Nome completo: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA 6 - CPF: 107.942.264-18
7 - Profissão: COMERCIÁRIO 8 - Endereço: RUA COR DA DAMELEIRA 9 - Número: 625 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: JARDIM JOÃO DO PRADO 12 - Cidade: JABOATÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54320-325
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 819 8316 1306

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso o teor do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Estado civil da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascido (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE, 3 DE DEZEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/2019



564396

10434892/10

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0109007272

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2019** às **16:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/8/2019** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DA BATALHA 1 ATE 1001, 1 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA / EM FRENTE A COMPESA, (PORTA LARGA)**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ PEDRO DA SILVA (OUTRO)
LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA Pai: JOSÉ PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 24/12/1994 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9023046/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: COMERCÍARIO Endereço Residencial: RUA TIAGO MENDES CAVALCANTI, 625 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM JORDÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDX2893 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO, VINHA CONDUZINDO MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUANDO COLIDIU COM UM CICLISTA QUE ATRAVESSAVA A RUA, ONDE APÓS COLIDIR PERDEU O CONTROLE DA MOTO, BATENDO NO MEIO FIO E CAINDO EM SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA.

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



LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **GERALDO MOTA DE ARAÚJO JÚNIOR** - Matrícula: **3847721**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 107.942.264-18 4 - Nome completo da vítima: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

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

5 - Nome completo: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA 6 - CPF: 107.942.264-18
7 - Profissão: COMERCIÁRIO 8 - Endereço: RUA COR DA DAMELEIRA 9 - Número: 625 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: JARDIM JORDÃO/PRAZERES 12 - Cidade: JABOATÃO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54320-325
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 819 8316 1306

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 2988 CONTA: 49.437
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso o resultado do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Estado civil da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascido (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE, 3 DE DEZEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Leonardo de Oliveira Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

/2019



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001015 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA, 24 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9023046 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 107.942.264-18, residente à RUA THIAGO MENDES CAVALCANTI, nº 625, JD JORDAO, JABOATAO DOS GUARARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/08/2019, por volta das 15:35 hs, no endereço: ESTRADA DA BATALHA, S/N, PRAZERES JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLCETA HONDA TITAN VERMELHA PDX2893-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA, inscrito sob o CPF nº 107.942.264-18 e Registro Geral nº 9023046, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710268-2 INOSOJA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 119772. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/10/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.chm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001015

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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: 16/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02988-2

CONTA: 000000049437-2

Nr. da Autenticação 2E381E3F37046593

