



Número: **0000204-92.2019.8.17.2600**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Ferreiros**

Última distribuição : **19/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59454637	18/03/2020 15:13	2705106_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FERREIROS/PE

Processo: 00002049220198172600

AUSÊNCIA DE COBERTURA
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/02/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 11/02/2019.

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

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

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.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 11/02/2019 após 01 ANO da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/02/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que os próprios documentos médicos acostados nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente, bem como, de qualquer fratura:

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



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 16/12/18

HORA: 22:25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

119

Nome: SEVERINA MARIN DE SOUZA SANTOS

Cartão SUS:

Sexo: F

Data Nasc: 04/06/48

Idade: 70

Nome da mãe: SEVERINA MARIN DA CONCEIÇÃO

Logradouro: RUA CAROL DO CARVALHO

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade: ZONA RURAL

Município:

Timbaúba

UF: PE

Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

2- ANAMNESE:

Paciente vítima de atropelamento há cerca de 1h. Apresenta quadro de desorientação após o episódio.

3- SSVV: T

EC 70

PA: 130x80

FR:

Glasgow: 14

SatO2 97%

HGT

66kg, consciente, desorientada, eupneica, normotensa, hidratada, corações em fúe, hematócrito em região frontal. Sem sinais aparentes de fratura.

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

Frise-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

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

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

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



DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

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

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

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

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

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

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

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

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

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

² 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.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

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 pátrios⁴, 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 citação⁵.

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 ação⁶.

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.

⁴“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).

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶art. 1º. (...)

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



DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a 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,

FERREIROS, 10 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **FERREIROS**, nos autos do Processo nº 00002049220198172600.

Rio de Janeiro, 10 de março 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: **0000204-92.2019.8.17.2600**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Ferreiros**

Última distribuição : **19/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59454636	18/03/2020 15:13	ANEXO 1	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Severino Mario de Souza Santos

RG nº 6961566, data de expedição 29/09/07, Órgão SAS-PE

CPF nº 061377.21485, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Verdum de Lima</u>
Número	<u>900</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Ferreiros</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55880.000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99540-3444</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ferreiros 21-03-2019

Assinatura do Declarante: Severino M: de Souza Santos



**Consulta de Contratos**Protocolo: **1381275431**

Cliete: LUIZ QUINTINO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 26551942415
Data: 27/02/2019 - 09:16
Quantidade de Contratos: 1
Quantidade de Faturas: 3
Valor total do Saldo: R\$ 53,24

Este documento não comprova o pagamento dos débitos

Resumo

Conta Contrato	Endereço da Instalação	Qtde. Faturas	Valor Total em aberto	Saldo Total em aberto
001296230010	RUA VERDUM DE CIMA, 900 - ZONA RURAL FERREIROS - FERREIROS - 55880-000	3	R\$ 53,24	R\$ 53,24





SAMU 192 - CISSBL

Ficha de Atendimento Sistematizado
USA / USB

DATA: 16/02/18

Nº OCORRÊNCIA: 56586

MÉDICO REGULADOR:

A.R. da Bonilha
F. David

BASE / VTR: 01

Classificação de Risco: ☐ Verde ☐ Amarelo ☒ Vermelho ☐ Cinza

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☒ Outros

Local da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☒ Residência ☒ Rodovia ☐ Outros

Endereço: Ba. 108, mont. Figueiras, na ent. da Vila Nova Lida SIV.

Bairro: Ba. 108 Município: Jumbaula

Situação do local ☒ Cena segura ☐ Cena insegura ☐ Dificil acesso ☐ Animais oferecem risco ☐ Rua sem identificação ☐ Incêndio ☐ Produto perigoso ☐ Aglomeração ☐ Terceiros oferecem risco ☐ Óleo na via

Situação vítima ☐ Evasão ☐ Não localizada ☐ Vítima agressiva ☐ Presa às ferragens ☐ Outros:

Intercorrências ☐ QTA no local ☐ QTA no trajeto ☐ Chamado falso ☐ Múltiplas vítimas. Nº de vítimas:

Outros serviços no local ☐ Não ☒ Sim Quais? P.H.

Solicitação de apoio ☒ Não ☐ USA ☐ USB ☐ 190 ☐ 193 ☐ Outros:

Dados da vítima

Nome: Selma Maria de Souza Santos

Documento: 0410611948 Idade: 40 Sexo: M ☐ F ☒

Endereço: Ba. 108, mont. Figueiras, na ent. da Vila Nova Lida

Bairro: Ba. 108 Cidade: Jumbaula

Acompanhante: Documento: Telefone:

Grau de aproximação: Inicial Atual

PA: 130 x 40 DEXTRO: 134

FC: 88 Sat. 02% 95

FR: T°C:

Alergias ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Outra. Qual?

Medicamentos em uso ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Sim. Qual?

Antecedentes Pessoais ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ IAM anterior ☐ AVE anterior ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Cirúrgico ☐ Asma/bronquite/DPOC

☐ Nega tratamento anterior ou atual ☒ Sem condições de informar ☐ Outros. Quais?

ESCALA DE GLASGOW ADULTO

ESCALA DE GLASGOW 0 A 2 ANOS

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - espontânea	5 - orientado	6 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	6 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 - a voz	4 - confuso	5 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/ inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/retira o membro ao toque
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - retira a dor	2 - a dor	3 - palavras inapropriadas/ chama em resposta a dor	4 - retira o membro a dor
1 - ausente	2 - sons/gemidos	3 - flexão normal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 - decorticação
	1 - ausente	2 - extensão anormal		1 - sem resposta	2 - descerebração
		1 - ausente			1 - sem resposta

TOTAL: ☐ Não se aplica ☐ Queda de _____ m ☐ Encravamento ☐ Queda própria altura

Mecanismo do trauma: ☒ Acidente de trânsito ☐ FAB ☐ FPAF ☐ Queimadura ☐ Agressão

1. Responsivo ☒ Sim ☐ Não ☐ Cheio ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Pulso se presente ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Tipo de acidente de trânsito ☐ Atropelamento ☐ Frontal ☐ Lateral ☐ Traseiro ☐ Capotamento ☐ Rotacional

Posição da vítima no veículo: ☐ Sem informação ☐ Condutor do veículo ☐ Acompanhante dianteiro ☐ Acompanhante traseiro

Equipamento de segurança: ☐ Não-usava ☐ Sem informação ☐ Cinto de 2 ou 3 pontos ☐ Capacete retirado pela equipe

Localização da vítima: ☐ Sem ferragens ☐ Às ferragens ☐ Fora do veículo ☐ Deambulando ☐ Sim () Não ()

Veículo da vítima: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Van ☐ Bicicleta ☐ Sem informação ☐ Outro

Outro envolvido: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Pedestre ☐ Muro/Poste/Árvore ☐ Sem informação



As Aéreas ☐ Livre ☐ Obstrução parcial ☐ Obstrução Total ☐ Edema da Glote ☐ Corpo estranho ☐ Secreção		3. Respiração ☒ Espontânea ☐ Bradipnéia ☐ Eupnéico ☐ Taquipnéia ☐ Apnéia ☐ Gaspinha ☐ Dispnéia ☐ IOT		Ausculta Pulmonar ☐ Normal ☐ Estertores D/E ☐ Roncos/Sibilos D/E ☐ MV diminuídos D/E ☐ MV aumentado D/E ☒ Não realizado		☐ Hálito Etílico ☐ Hemoptise ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Crepitação ☐ Sangramento ☐ Outro	
5. Pele ☐ Corada ☐ Descorada ☐ Quente ☒ Fria ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Úmida ☐ Seca Perfusão ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Cianótica		6. Ausculta Cardíaca ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Arritmia ☐ Sopros ☒ Não realizado		7. Exame Neurológico ☐ Normal ☐ Agitação ☐ Convulsão ☐ Sonolência ☐ Ocnubilidade ☐ Afasia ☐ sim ☐ não Otorrágia: ☐ D ☐ E / Olhos de Guaxinim: ☐ D ☐ E / Batido: ☐ D ☐ E / Déficit motor: MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐ Não resgente Rigidez de nuca: ☐ sim ☐ não / Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Mioticas ☐ Midriaticas ☐ Reagente ☐ Não resgente Gineco/obstétrica: G ☐ P ☐ A ☐ IG: ☐ Tr. de Parto: ☐ sim ☐ não Contrações: ☐ não / se, ☒ sim: ☐ fraca ☐ moderada ☐ forte n° ☐ min. Bolsa rota ☐ sim ☐ não Toque: ☐ cm/dilatação. ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Outros RN ☐ Vivo ☐ Morto ☐ Dequi placenta Apgar 1°			
Achados do Exame Físico Cabeça <i>especialista em face</i> Pescoço <i>-</i> Tórax <i>-</i> Abdome <i>-</i> Pelve <i>-</i> Extremidades <i>especialista em HSE e HIE</i>							
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Guedel N° ☐ Másc. O2 L/min.		☐ Monitoriz. cardíaca ☒ Oxímetro		☐ Retirada rápida ☐ KED			
☐ Aspiração ☐ Catéter O2 L/min.		☐ Desfibrilação ☐ Cardioversão		☐ Aquecimento ☐ Controle de hemorragia			
☐ IOT n° ☐ Ventilação c/Ambú		☐ Marcapasso ☐ Curativo		☒ Acesso Venoso			
☐ V.M. - Modalidade:		☒ Colar Cervical ☐ Prancha Rígida		☐ Outros:			
☐ Compressão Torácica ☐ DEA		☐ Imobilização: ☐ MMSS / ☐ MMII					
Prescrição Médica: 							
Relatório de Enfermagem/ Médico <i>Relatório de enfermagem de atendimento em face de paciente com HSE e HIE a pedido da família, encaminhado para o Hospital de Referência em face de alteração da consciência, com a presença de um médico de plantão, sendo encaminhado para o H.R. com suporte de vida, com a presença de um médico de plantão, sendo encaminhado para o H.R. com suporte de vida.</i> <i>Assinatura A. de Andrade</i> Rec. de Enfermagem RECEN PE-753.019							
Durante o Transporte: Recusa de atendimento .Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso atendimento e assumo total responsabilidade pelo ato, isentando o serviço SAMU de qualquer problema decorrente deste ato. Nome _____ Doc _____ Assinatura _____ Testemunha _____ Doc _____ Assinatura _____							
Encaminhado: ☐ Recebido por: _____ Nome/carimbo do Médico ou Enf. Resp. _____ ☐ Removido por outros Quem? _____ Para _____ ☐ Não removido: Méd. Regulador Resp.: _____ ☐ Orientação no local. Méd. Regulador Resp.: _____ Óbito no local: PCR associado a ☐ Rigidez cadavérica ☐ Livor mortis ☐ Decaptação ☐ Carbonização ☐ Hemi corpo Méd. Regulador Resp.: _____ Fornecido Constatação / Declaração de Óbito: ☐ sim ☐ não Hipótese(s) Diagnóstica(s): _____ CID: _____ PERTENCES DO PACIENTE _____ NOME: _____ _____ DOC.: _____ _____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL _____ Avaliação da Ocorrência (entre a equipe) ☐ Regular ☐ Bom ☐ Ótimo Equipe de atendimento Téc. Enfermagem: <i>André</i> Enfermeiro: _____ Médico: _____ Conductor: <i>mauro</i> COREN: _____ COREN: _____ CRM: _____							

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 16/12/18

HORA: 22:25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

119

Nome: SEVERINA MARIN DE SOUZA SANTOS

Cartão SUS:

Sexo: F

Data Nasc: 04.06.48

Idade: 70

Nome da mãe: SEVERINA MARIN DA CONCEICAO

Logradouro:

RUA CAROL DO CABOCH

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade:

ZONA RURAL

Município:

Timbaúba

UF: PE

Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

2- ANAMNESE:

h. Paciente vítima de atropelamento há cerca de 1h. Apresenta quadro de desorientação após o episódio.

3- SSVV: T

F.C. 70

PA: 130x80

F.R:

Glasgow: 14

SatO2 97%

HGT

66kg, consciente, desorientada, eupneica, normocrânica, hidratada, trocaxos em fúe, hematoma em região frontal. Sem sinais aparentes de fratura.

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: TCE.

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora ___/___/___ às ___:___h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Hosp da Restauração - Nunoany

SS78416.

SFO, 97, 100 ml + Cetoprofeno - 1amp. EV. c/gar.

Ringer Lactato 500ml, EV. c/gar.

Dr. Camilo Marques
Médico
CRM: 24831

S 565837



FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE () AMARELO (X) VERMELHO ()

NOME: Suaviana Maria de Souza Santos IDADE: _____DATA: 16/12/18 HORA: 22:30 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 130 T: _____ FC: _____ SAT: _____ PESO: _____ HGT: 131HAS () DM () ALERGIA MED () Não

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou 140 () FR > 32 bpm () FR < 10 ()
2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
4- Inesponsividade ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação - CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 15 ()
7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
10- História de até 72h de:
Melena () Hematêmese () Enterorragia () Distúrbio ()
11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()
- paciente com lesão de A. Troncal e per. abdominal.*
apresenta
exocel
na face
Refere dor
MIC



BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp da Restauração - Neurocirurgia
Paciente: Severina Maria de Souza Costa
SS 8916

Idade: 20 anos Paciente vítima de atropelamento,
Anamnese: com quadro de desorientação

CCB = 14

Exame Físico: PA = 130 x 80, FC = 70, SO₂ = 98% (em ar ambiente)

Hipótese Diagnosticada: TCE.

Medicamentos/Procedimentos Realizados: isotônico

Equipe de Transferência: SAMU Imeacolo

Médico: Dr. Camilo Marques
CRM - PE 24631
Data: 16/12/13



DR. EUDENILSON J. M. LINS
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

RECEITUÁRIO MÉDICO

*Srs. Sereima Maria de
Souza Santos*

LAUDO
Paciente vítima
de Ataque cardíaco Pol-
ipnóico após a
ocorrência de sequelas de
miocárdio.
CID M255/S52

Dr. Macedo Lins
Trauma-Ortopedia
CRM-10558

12/4/19

Scanned with CamScanner





SAMU 192 - CISSBL

Ficha de Atendimento Sistematizado
USA / USB

DATA: 16/02/18

Nº OCORRÊNCIA: 56586

MÉDICO REGULADOR:

A. R. da Bonilha
F. David

BASE / VTR: 01

Classificação de Risco: ☐ Verde ☐ Amarelo ☒ Vermelho ☐ Cinza

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☒ OutrosLocal da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☒ Residência ☒ Rodovia ☐ Outros

Endereço: Ba. 108, mont. Figueiras, na int. da Vila Nova Lida SIV.

Bairro: Ba. 108 Município: Jumbaula

Situação do local ☒ Cena segura ☐ Cena insegura ☐ Dificil acesso ☐ Animais oferecem risco ☐ Rua sem identificação ☐ Incêndio ☐ Produto perigoso ☐ Aglomeração ☐ Terceiros oferecem risco ☐ Óleo na viaSituação vítima ☐ Evasão ☐ Não localizada ☐ Vítima agressiva ☐ Presa às ferragens ☐ Outros:Intercorrências ☐ QTA no local ☐ QTA no trajeto ☐ Chamado falso ☐ Múltiplas vítimas. Nº de vítimas:Outros serviços no local ☐ Não ☒ Sim Quais? P.H.Solicitação de apoio ☒ Não ☐ USA ☐ USB ☐ 190 ☐ 193 ☐ Outros:

Dados da vítima

Nome: Selma Maria de Souza Santos

Documento: 0410611948 Idade: 40 Sexo: M ☐ F ☒

Endereço: Ba. 108, mont. Figueiras, na int. da Vila Nova Lida

Bairro: Ba. 108 Cidade: Jumbaula

Acompanhante:

Grau de aproximação:

	Inicial	Atual	DEXTRO:	Atual
PA:	130 x 40		Sat. 02%	139
FC:	88		T°C:	95
FR:				

Alergias ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Outra. Qual?Medicamentos em uso ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Sim. Qual?

Antecedentes Pessoais ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ IAM anterior ☐ AVE anterior ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Cirúrgico ☐ Asma/bronquite/DPOC

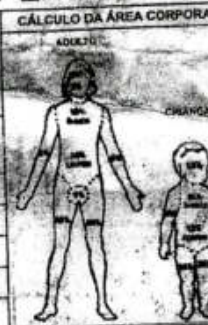
☐ Nega tratamento anterior ou atual ☒ Sem condições de informar ☐ Outros. Quais?

ESCALA DE GLASGOW ADULTO

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - espontânea	5 - orientado	6 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	6 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 - a voz	4 - confuso	5 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/ inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/retira o membro ao toque
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - retira a dor	2 - a dor	3 - palavras inapropriadas/ chama em resposta a dor	4 - retira o membro a dor
1 - ausente	2 - sons/gemidos	3 - flexão normal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 - decorticação
	1 - ausente	2 - extensão anormal		1 - sem resposta	2 - descerebração
		1 - ausente			1 - sem resposta

TOTAL: ☐ Não se aplica ☐ Queda de _____ m ☐ Encravamento ☐ Queda própria alturaMecanismo do trauma: ☒ Acidente de trânsito ☐ FAB ☐ FPAF ☐ Queimadura ☐ Agressão1. Responsivo ☒ Sim ☐ Não ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PCPulso se presente ☒ Regular ☐ Cheio ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PCTipo de acidente de trânsito ☐ Atropelamento ☐ Frontal ☐ Lateral ☐ Traseiro ☐ Capotamento ☐ RotacionalPosição da vítima no veículo: ☐ Sem informação ☐ Condutor do veículo ☐ Acompanhante dianteiro ☐ Acompanhante traseiroEquipamento de segurança: ☐ Não-usava ☐ Sem informação ☐ Cinto de 2 ou 3 pontos ☐ Capacete retirado pela equipeLocalização da vítima: ☐ Sem ferragens ☐ Às ferragens ☐ Fora do veículo ☐ Deambulando ☐ Sim () Não ()Veículo da vítima: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Van ☐ Bicicleta ☐ Sem informação ☐ OutroOutro envolvido: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Pedestre ☐ Muro/Poste/Árvore ☐ Sem informação

As Aéreas ☐ Livre ☐ Obstrução parcial ☐ Obstrução Total ☐ Edema da Glote ☐ Corpo estranho ☐ Secreção	3. Respiração ☒ Espontânea ☐ Bradipnéia ☐ Eupnéico ☐ Taquipnéia ☐ Apnéia ☐ Gaspinha ☐ Dispnéia ☐ IOT	Ausculta Pulmonar ☐ Normal ☐ Estertores D/E ☐ Roncos/Sibilos D/E ☐ MV diminuídos D/E ☐ MV aumentado D/E ☒ Não realizado	☐ Hálito Etílico ☐ Hemoptise ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Crepitação ☐ Sangramento ☐ Outro
5. Pele ☐ Corada ☐ Descorada ☐ Quente ☒ Fria ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Úmida ☐ Seca Perfusão ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Cianótica	6. Ausculta Cardíaca ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Arritmia ☐ Sopros ☒ Não realizado		
7. Exame Neurológico ☐ Normal ☐ Agitação ☐ Convulsão ☐ Sonolência ☐ Ocnubilação ☐ Afasia ☐ sim ☐ não Otorrágia: ☐ D ☐ E / Olhos de Guaxinin: ☐ D ☐ E / Batido: ☐ D ☐ E / Déficit motor: MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐ não resgente Rigidez de nuca: ☐ sim ☐ não / Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Mioticas ☐ Midriaticas ☐ Reagente ☐ Não resgente Gineco/obstétrica: G ☐ P ☐ A ☐ IG: ☐ Tr. de Parto: ☐ sim ☐ não Contrações: ☐ não / se, ☒ sim: ☐ fraca ☐ moderada ☐ forte n° ☐ min. Bolsa rota ☐ sim ☐ não Toque: ☐ cm/dilatação. ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Outros RN ☐ Vivo ☐ Morto ☐ Dequi placenta Apgar 1°			
Achados do Exame Físico Cabeça <i>especialista em face</i> Pescoço <i>-</i> Tórax <i>-</i> Abdome <i>-</i> Pelve <i>-</i> Extremidades <i>especialista em HSE e HIE</i>			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Guedel N° ☐ Másc. O2 L/min. ☐ Monitoriz. cardíaca ☒ Oxímetro ☐ Retirada rápida ☐ KED ☐ Aspiração ☐ Catéter O2 L/min. ☐ Desfibrilação ☐ Cardioversão ☐ Aquecimento ☐ Controle de hemorragia ☐ IOT n° ☐ Ventilação c/Ambú ☐ Marcapasso ☐ Curativo ☒ Acesso Venoso ☐ V.M. - Modalidade: ☒ Colar Cervical ☐ Prancha Rígida ☐ Outros: ☐ Compressão Torácica ☐ DEA ☐ Imobilização: ☐ MMSS / ☐ MMII			
Prescrição Médica: 			
Relatório de Enfermagem/ Médico <i>Relatório de enfermagem de atendimento em face de paciente com HSE e HIE a pedido da mãe, lembrando que estava com febre com a mesma dor de cabeça no U.P.T. e em seguida amovido p/ o H.R. com sinais de vida, com a mesma dor de cabeça no momento de chegada.</i> <i>Assinatura A. de Andrade</i> Rec. de Enfermagem RECEN PE-753.019			
Durante o Transporte: Recusa de atendimento .Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso atendimento e assumo total responsabilidade pelo ato, isentando o serviço SAMU de qualquer problema decorrente deste ato. Nome _____ Doc _____ Assinatura _____ Testemunha _____ Doc _____ Assinatura _____			
Encaminhado: ☐ Recebido por: _____ Nome/carimbo do Médico ou Enf. Resp. _____ ☐ Removido por outros Quem? _____ Para _____ ☐ Não removido: Méd. Regulador Resp.: _____ ☐ Orientação no local. Méd. Regulador Resp.: _____ Óbito no local: PCR associado a ☐ Rigidez cadavérica ☐ Livor mortis ☐ Decaptação ☐ Carbonização ☐ Hemi corpo Méd. Regulador Resp.: _____ Fornecido Constatação / Declaração de Óbito: ☐ sim ☐ não Hipótese(s) Diagnóstica(s): _____ CID: _____ PERTENCES DO PACIENTE _____ NOME: _____ _____ DOC.: _____ _____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL			
Avaliação da Ocorrência (entre a equipe) ☐ Regular ☐ Bom ☐ Ótimo Equipe de atendimento Conductor: <i>maioria</i> Téc. Enfermagem: <i>André</i> Enfermeiro: _____ Médico: _____ COREN: _____ COREN: _____ CRM: _____			



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 16/12/18

HORA: 22:25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

119

Nome: SEVERINA MARIN DE SOUZA SANTOS

Cartão SUS:

Sexo: F

Data Nasc: 04.06.48

Idade: 70

Nome da mãe: SEVERINA MARIN DA CONCEIÇÃO

Logradouro: RUA CAROL DO CABOCHÓ

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade: ZONA RURAL

Município:

Timbaúba

UF: PE

Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

2- ANAMNESE:

h. Paciente vítima de atropelamento há cerca de 1h. Apresenta quadro de desorientação após o episódio.

3- SSVV: T

F.C. 70

PA: 130x80

F.R:

Glasgow: 14

SatO2 97%

HGT

66kg, consciente, desorientada, eupneica, normocrânica, hidratada, trocaxos em fúe, hematoma em região frontal. Sem sinais aparentes de fratura.

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: TCE.

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora ___/___/___ às ___:___h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Hosp da Restauração - Nunoany

SS78416.

SFO, 97.100ml + letopreno - 1amp. EV. cga.

Ringer Lactato 500ml, EV. cga.

Dr. Carlos Marques
CRM: 24631

S 565837



BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp da Restauração - Neurocirurgia
Paciente: Severina Maria de Souza Costa
SS 8916

Idade: 20 anos Paciente vítima de atropelamento,
Anamnese: com quadro de desorientação

CCB = 14

Exame Físico: PA = 130 x 80, FC = 70, SO₂ = 98% (em ar ambiente)

Hipótese Diagnosticada TCE

Medicamentos/Procedimentos Realizados: isotônico

Equipe de Transferência: SAMU Imeacolo

Médico: Dra. Camilla Marques
CRM - PE 24631
Data: 16/12/13



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : _____

Nome : Saetana Maria da Silva Santos

Foi atendido às _____ hs. do dia 17/12/2018

Diagnóstico Provável : Febre de ultra 2as

cel SSR

2

Tratamento Realizado Dorso Amlo 100mg

Paracet 30 (100mg) D1/D5

Observação : do dubtoso outgada (auto)

Cópia de : _____


Medico - CRM Nº _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190228503 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE SEM FRATURAS. (P1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190228503 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE SEM FRATURAS. (P1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133912/19

Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

CPF: 061.377.214-85

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 16/12/2018

Titular do CPF: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS : 061.377.214-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS
CPF: 061.377.214-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101418/19

Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

CPF: 061.377.214-85

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 16/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS : 061.377.214-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019
Nome: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS
CPF: 061.377.214-85

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR





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, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190228503

Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14107076





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, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190228503

Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01975/01976 - carta_04 - INVALIDEZ

00050988



Carta nº 14124048



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	061.377.21485	Sereima Maria de Souza Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Sereima Maria de Souza Santos	061.377.21485	
Profissão:	Endereço:	Número:
autônoma	Rua Verdum de Lima	900
Bairro:	Cidade:	CEP:
Zona Rural	Flumim	55880-000
E-mail:	Estado:	Tel.(DDD):
	PE	

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

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

AGÊNCIA: 0130 CONTA: 130020453
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Imbuí, 16-03-2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sereima M. de Souza Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0136000261

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/02/2019** às
11:29

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 16/12/2018 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 01, RODOVIA BR 408**
- Bairro: **CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO EDIVALDO DE SOUZA SANTOS (NOTICIANTE)
SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

ANTONIO EDIVALDO DE SOUZA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DE SOUZA BARROS Pai: LUIZ QUINTINO DOS
SANTOS Data de Nascimento: 12/6/1985 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TIMBAUBA, , SÍTIO VERDUM - CEP: 0 - Bairro:
CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 4/6/1948 Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU ANTONIO EDIVALDO DE SOUZA SANTOS, PARA RELATAR QUE SUA MÃE SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS, FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO NA NOITE DO DIA 16/12/2018, QUANDO UMA MOTO DE MODELO E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS A COLHEU PERTO DO ACOSTAMENTO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU OCORRÊNCIA 565819 PARA A UPA DETIMBAÚA, E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE-PE PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.

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

ANTONIO EDIVALDO DE SOUZA SANTOS
(NOTICIANTE)

x *Edivaldo*

B.O. registrado por: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA IZIDRO** - Matrícula: **296878-8**

Alexandre



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 061.377.21485 Nome completo da vítima: Sereima Maria de Souza Santos

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

Nome completo: Sereima Maria de Souza Santos CPF: 061.377.21485
Profissão: Autônoma Endereço: Rua Versades de Lima Número: 900 Complemento: Casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Estrelita Estado: PE CEP: 55880-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste
AGÊNCIA: 0130 CONTA: 13002048
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Timbalão, 16-03-2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Sereima M. de Souza Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	061.377.21485	Sereima Maria de Souza Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Sereima Maria de Souza Santos	061.377.21485	
Profissão:	Endereço:	Número:
autônoma	Rua Verdum de Lima	900
Bairro:	Cidade:	CEP:
Zona Rural	Flamengo	55880-000
E-mail:	Estado:	Tel.(DDD):
	PE	

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0130 CONTA: 130020453

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
	Vivos: Falecidos:	

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Imbando, 16-03-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sereima M. de Souza Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018





SAMU 192 - CISSBL

Ficha de Atendimento Sistematizado
USA / USB

DATA: 16/02/18

Nº OCORRÊNCIA: 56586

MÉDICO REGULADOR:

A.R. da Bonilha
F. David

BASE / VTR: 01

Classificação de Risco: ☐ Verde ☐ Amarelo ☒ Vermelho ☐ Cinza

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☒ Outros

Local da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☒ Residência ☒ Rodovia ☐ Outros

Endereço: Ba. 108, mont. Figueiras, na int. da Vila Nova Lida SIV.

Bairro: Ba. 108 Município: Jumbaula

Situação do local ☒ Cena segura ☐ Cena insegura ☐ Dificil acesso ☐ Animais oferecem risco ☐ Rua sem identificação ☐ Incêndio ☐ Produto perigoso ☐ Aglomeração ☐ Terceiros oferecem risco ☐ Óleo na via

Situação vítima ☐ Evasão ☐ Não localizada ☐ Vítima agressiva ☐ Presa às ferragens ☐ Outros:

Intercorrências ☐ QTA no local ☐ QTA no trajeto ☐ Chamado falso ☐ Múltiplas vítimas. Nº de vítimas:

Outros serviços no local ☐ Não ☒ Sim Quais? P.H.

Solicitação de apoio ☒ Não ☐ USA ☐ USB ☐ 190 ☐ 193 ☐ Outros:

Dados da vítima

Nome: Selma Maria de Souza Santos

Documento: 0410611948 Idade: 40 Sexo: M ☐ F ☒

Endereço: Ba. 108, mont. Figueiras, na int. da Vila Nova Lida

Bairro: Ba. 108 Cidade: Jumbaula

Acompanhante: Documento: Telefone:

Grau de aproximação: Inicial Atual

PA: 130 x 40 DEXTRO: 139
FC: 88 Sat. 02% 95
FR: T°C:

Alergias ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Outra. Qual?

Medicamentos em uso ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Sim. Qual?

Antecedentes Pessoais ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ IAM anterior ☐ AVE anterior ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Cirúrgico ☐ Asma/bronquite/DPOC

☐ Nega tratamento anterior ou atual ☒ Sem condições de informar ☐ Outros. Quais?

ESCALA DE GLASGOW ADULTO

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - espontânea	5 - orientado	6 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	6 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 - a voz	4 - confuso	5 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/ inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/retira o membro ao toque
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - retira a dor	2 - a dor	3 - palavras inapropriadas/ clara em resposta a dor	4 - retira o membro a dor
1 - ausente	2 - sons/gemidos	3 - flexão normal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 - decorticação
	1 - ausente	2 - extensão anormal		1 - sem resposta	2 - descerebração
		1 - ausente			1 - sem resposta

TOTAL: ☐ Não se aplica ☐ Queda de _____ m ☐ Encravamento ☐ Queda própria altura

Mecanismo do trauma: ☒ Acidente de trânsito ☐ FAB ☐ FPAF ☐ Queimadura ☐ Agressão

1. Responsivo ☒ Sim ☐ Não ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Pulso se presente ☒ Regular ☐ Cheio ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Tipo de acidente de trânsito ☐ Atropelamento ☐ Frontal ☐ Lateral ☐ Traseiro ☐ Capotamento ☐ Rotacional

Posição da vítima no veículo: ☐ Sem informação ☐ Condutor do veículo ☐ Acompanhante dianteiro ☐ Acompanhante traseiro ☐ Condutor ou garupa de moto

Equipamento de segurança: ☐ Não-usava ☐ Sem informação ☐ Cinto de 2 ou 3 pontos ☐ Capacete retirado pela equipe

Localização da vítima: ☐ Sem ferragens ☐ As ferragens ☐ Fora do veículo ☐ Deambulando ☐ Sim () Não () ☐ Veículo da vítima: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Van ☐ Bicicleta ☐ Sem informação ☐ Outro

Posição encontrada: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Pedestre ☐ Muro/Poste/Arvore ☐ Sem informação



As Aéreas ☐ Livre ☐ Obstrução parcial ☐ Obstrução Total ☐ Edema da Glote ☐ Corpo estranho ☐ Secreção		3. Respiração ☒ Espontânea ☐ Bradipnéia ☐ Eupnéico ☐ Taquipnéia ☐ Apnéia ☐ Gaspinha ☐ Dispnéia ☐ IOT		Ausculta Pulmonar ☐ Normal ☐ Estertores D/E ☐ Roncos/Sibilos D/E ☐ MV diminuídos D/E ☐ MV aumentado D/E ☒ Não realizado		☐ Hálito Fétido ☐ Hemoptise ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Crepitação ☐ Sangramento ☐ Outro	
5. Pele ☐ Corada ☐ Descorada ☐ Quente ☒ Fria ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Úmida ☐ Seca Perfusão ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Cianótica		6. Ausculta Cardíaca ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Arritmia ☐ Sopros ☒ Não realizado		☐ Afasia ☐ sim ☐ não ☐ Déficit motor: MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐ Não resgente			
7. Exame Neurológico ☐ Normal ☐ Agitação ☐ Convulsão ☐ Sonolência ☐ Ocnubilidade Otorrágia: ☐ D ☐ E ☐ Olhos de Guaxinin: ☐ D ☐ E ☐ Battle: ☐ D ☐ E ☐ Mioticos ☐ Midriaticas ☐ Reagente ☐ Não resgente Rigidez de nuca: ☐ sim ☐ não ☐ Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Gineco/obstétrica: G ☐ P ☐ A ☐ IG: ☐ Tr. de Parto: ☐ sim ☐ não Contrações: ☐ não / se, ☒ sim: ☐ fraca ☐ moderada ☐ forte n° ☐ min. Bolsa rota ☐ sim ☐ não Toque: ☐ cm/dilatação. ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Outros RN ☐ Vivo ☐ Morto ☐ Dequi placenta Apgar 1°							
Achados do Exame Físico Cabeça <i>especialista em face</i> Pescoço <i>-</i> Tórax <i>-</i> Abdome <i>-</i> Pelve <i>-</i> Extremidades <i>especialista em HSE e HIE</i>							
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Guedel N° ☐ Másc. O2 L/min. ☐ Monitoriz. cardíaca ☒ Oxímetro		☐ Retirada rápida ☐ KED					
☐ Aspiração ☐ Catéter O2 L/min. ☐ Desfibrilação ☐ Cardioversão		☐ Aquecimento ☐ Controle de hemorragia					
☐ IOT n° ☐ Ventilação c/Ambú ☐ Marcapasso ☐ Curativo		☒ Acesso Venoso					
☐ V.M. - Modalidade: ☒ Colar Cervical ☐ Prancha Rígida ☐ Outros:							
☐ Compressão Torácica ☐ DEA ☐ Imobilização: ☐ MMSS ☐ MMII							
Prescrição Médica: 							
Relatório de Enfermagem/ Médico <i>Relatório de enfermagem de atendimento em face de paciente com HSE e HIE a pedido da família, que estava com febre de 38,5°C, com a mesma dor de cabeça no V.P.T. e em seguida amovido pelo H.R. com o mesmo paciente, no momento de chegada ao hospital.</i> <i>Assinatura A. de Andrade</i> Rec. de Enfermagem RECEN PE-753.019							
Durante o Transporte: Recusa de atendimento .Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso atendimento e assumo total responsabilidade pelo ato, isentando o serviço SAMU de qualquer problema decorrente deste ato. Nome _____ Doc _____ Assinatura _____ Testemunha _____ Doc _____ Assinatura _____							
Encaminhado: ☐ Recebido por: _____ Nome/carimbo do Médico ou Enf. Resp. _____ ☐ Removido por outros Quem? _____ Para _____ ☐ Não removido: Méd. Regulador Resp.: _____ ☐ Orientação no local. Méd. Regulador Resp.: _____ Óbito no local: PCR associado a ☐ Rigidez cadavérica ☐ Livor mortis ☐ Decaptação ☐ Carbonização ☐ Hemi corpo Méd. Regulador Resp.: _____ Fornecido Constatação / Declaração de Óbito: ☐ sim ☐ não Hipótese(s) Diagnóstica(s): _____ CID: _____ PERTENCES DO PACIENTE _____ NOME: _____ _____ DOC.: _____ _____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL _____ Avaliação da Ocorrência (entre a equipe) ☐ Regular ☐ Bom ☐ Ótimo Equipe de atendimento Téc. Enfermagem: <i>André</i> Enfermeiro: _____ Médico: _____ Conductor: <i>mauro</i> COREN: _____ COREN: _____ CRM: _____							



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 16/12/18

HORA: 22:25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

119

Nome: SEVERINA MARIN DE SOUZA SANTOS

Cartão SUS:

Sexo: F

Data Nasc: 04.06.48

Idade: 70

Nome da mãe: SEVERINA MARIN DA CONCEIÇÃO

Logradouro:

RUA CAROL DO CABOCHÓ

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade:

ZONA RURAL

Município:

Timbaúba

UF: PE

Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

2- ANAMNESE:

h. Paciente vítima de atropelamento há cerca de 1h. Apresenta quadro de desorientação após o episódio.

3- SSVV: T

F.C. 70

PA: 130x80

F.R:

Glasgow: 14

SatO2 97%

HGT

66kg, consciente, desorientada, eupneica, normocrânica, hidratada, trocaxos em fúe, hematoma em região frontal. Sem sinais aparentes de fratura.

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: TCE.

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora ___/___/___ às ___:___h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Hosp da Restauração - Nunoany

SS78416.

SFO, 97, 100 ml + Cetoprofeno - 1amp. EV. c/gar.

Ringer Lactato 500ml, EV. c/gar.

Dr. Camilo Marques
Médico
CRM: PE 24831

S 565837



BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp da Restauração - Neurocirurgia
Paciente: Severina Maria de Souza Costa
Idade: 20 anos
Senha: 5578916

Anamnese: Paciente vítima de atropelamento,
com quadro de desorientação

Exame Físico: CCB = 14
PA = 130 x 80, FC = 70, SO₂ = 98% (em ar ambiente)

Hipótese Diagnosticada: TCE

Medicamentos/Procedimentos Realizados: isotônico

Equipe de Transferência: SAMU Imeacolo

Médico: Dr. Camillo Marques
Data: 16/12/13
CRM - PE 24631





SAMU 192 - CISSBL

Ficha de Atendimento Sistematizado
USA / USB

DATA: 16/02/18

Nº OCORRÊNCIA: 56586

MÉDICO REGULADOR:

A. R. da Bonilha
F. David

BASE / VTR: 01

Classificação de Risco: ☐ Verde ☐ Amarelo ☒ Vermelho ☐ Cinza

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☒ OutrosLocal da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☒ Residência ☒ Rodovia ☐ Outros

Endereço: Ba. 108, mont. Figueiras, na int. da Vila Nova Lida SIV.

Bairro: Ba. 108 Município: Jumbaula

Situação do local ☒ Cena segura ☐ Cena insegura ☐ Dificil acesso ☐ Animais oferecem risco ☐ Rua sem identificação ☐ Incêndio ☐ Produto perigoso ☐ Aglomeração ☐ Terceiros oferecem risco ☐ Óleo na viaSituação vítima ☐ Evasão ☐ Não localizada ☐ Vítima agressiva ☐ Presa às ferragens ☐ Outros:Intercorrências ☐ QTA no local ☐ QTA no trajeto ☐ Chamado falso ☐ Múltiplas vítimas. Nº de vítimas:Outros serviços no local ☐ Não ☒ Sim Quais? P.H.Solicitação de apoio ☒ Não ☐ USA ☐ USB ☐ 190 ☐ 193 ☐ Outros:

Dados da vítima

Nome: Selma Maria de Souza Santos

Documento: 0410611948 Idade: 40 Sexo: M ☐ F ☒

Endereço: Ba. 108, mont. Figueiras, na int. da Vila Nova Lida

Bairro: Ba. 108 Cidade: Jumbaula

Acompanhante: Documento: Telefone:

Grau de aproximação:

Inicial	Atual	DEXTRO:	Atual
PA: 130 x 40		Sat. 02%	139
FC: 88		T°C:	95
FR:			

Alergias ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Outra. Qual?Medicamentos em uso ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Sim. Qual?Antecedentes Pessoais ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ IAM anterior ☐ AVE anterior ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Cirúrgico ☐ Asma/bronquite/DPOC ☐ Nega tratamento anterior ou atual ☒ Sem condições de informar ☐ Outros. Quais?

ESCALA DE GLASGOW ADULTO

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - espontânea	5 - orientado	6 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	6 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 - a voz	4 - confuso	5 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/ inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/retira o membro ao toque
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - retira a dor	2 - a dor	3 - palavras inapropriadas/ clara em resposta a dor	4 - retira o membro a dor
1 - ausente	2 - sons/gemidos	3 - flexão normal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 - decorticação
	1 - ausente	2 - extensão anormal		1 - sem resposta	2 - descerebração
		1 - ausente			1 - sem resposta

TOTAL: ☐ Não se aplica ☐ Queda de _____ m ☐ Encravamento ☐ Queda própria alturaMecanismo do trauma: ☒ Acidente de trânsito ☐ FAB ☐ FPAF ☐ Queimadura ☐ Agressão1. Responsivo ☒ Sim ☐ Não ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PCPulso se presente ☒ Regular ☐ Cheio ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PCTipo de acidente de trânsito ☐ Atropelamento ☐ Frontal ☐ Lateral ☐ Traseiro ☐ Capotamento ☐ RotacionalPosição da vítima no veículo: ☐ Sem informação ☐ Condutor do veículo ☐ Acompanhante dianteiro ☐ Acompanhante traseiro ☐ Condutor ou garupa de motoEquipamento de segurança: ☐ Não-usava ☐ Sem informação ☐ Cinto de 2 ou 3 pontos ☐ Capacete retirado pela equipe

Localização da vítima:

☐ Sem ferragens ☐ Às ferragens ☐ Fora do veículoDeambulando ☐ Sim () ☐ Não ()

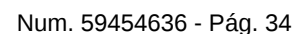
Posição encontrada:

Veículo da vítima:

☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Van ☐ Bicicleta ☐ Sem informação ☐ Outro

Outro envolvido:

☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Pedestre ☐ Muro/Poste/Árvore ☐ Sem informação



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 16/12/18

HORA: 22:25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

119

Nome: SEVERINA MARIN DE SOUZA SANTOS

Cartão SUS:

Sexo: F

Data Nasc: 04.06.48

Idade: 70

Nome da mãe: SEVERINA MARIN DA CONCEICAO

Logradouro:

RUA CAROL DO CABOCH

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade:

ZONA RURAL

Município:

Timbaúba

UF: PE

Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

2- ANAMNESE:

h. Paciente vítima de atropelamento há cerca de 1h. Apresenta quadro de desorientação após o episódio.

3- SSVV: T

F.C. 70

PA: 130x80

F.R:

Glasgow: 14

SatO2 97%

HGT

66kg, consciente, desorientada, eupneica, normocrânica, hidratada, trocaxos em fex, hematoma em região frontal. Sem sinais aparentes de fratura.

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: TCE.

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora ___/___/___ às ___:___h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Hosp da Restauração - Nunoany

SS78416.

SFO, 97, 100 ml + Cetoprofeno - 1amp. EV. c/gar.

Ringer Lactato 500ml, EV. c/gar.

Dr. Camilo Marques
Médico
CRM: PE 24631

S 565837



FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE () AMARELO (X) VERMELHO ()

NOME: Suaviana Maria de Souza Santos IDADE: 16/12/18DATA: 16/12/18 HORA: 22:30 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 130 T: 37 FC: 80 SAT: 98 PESO: 45 HGT: 131HAS () DM () ALERGIA MED () Não

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou 140 () FR > 32 bpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Inesponsividade ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
- 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 15 ()
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
- Melena () Hematêmese () Enterorragia () Distúrbio ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()



BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp da Restauração - Neurocirurgia
Paciente: Severina Maria de Souza Costa
SS 8916

Idade: 20 anos Paciente vítima de atropelamento,
Anamnese: com quadro de desorientação

CCB = 14

Exame Físico: PA = 130 x 80, FC = 70, SO₂ = 98% (em ar ambiente)

Hipótese Diagnosticada TCE

Medicamentos/Procedimentos Realizados: isotônico

Equipe de Transferência: SAMU Imeolito

Médico: Dr. Camilo Marques
CRM - PE 24631
Data: 16/12/13



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Severino Mario de Souza Santos

RG nº 6961566, data de expedição 29/09/07, Órgão SAS-PE

CPF nº 061377.21485, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Verdum de Lima</u>
Número	<u>900</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Ferreiros</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55880.000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99540-3444</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ferreiros 21-03-2019

Assinatura do Declarante: Severino M: de Souza Santos



**Consulta de Contratos**Protocolo: **1381275431**

Cliente: LUIZ QUINTINO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 26551942415
Data: 27/02/2019 - 09:16
Quantidade de Contratos: 1
Quantidade de Faturas: 3
Valor total do Saldo: R\$ 53,24

Este documento não comprova o pagamento dos débitos

Resumo

Conta Contrato	Endereço da Instalação	Qtde. Faturas	Valor Total em aberto	Saldo Total em aberto
001296230010	RUA VERDUM DE CIMA, 900 - ZONA RURAL FERREIROS - FERREIROS - 55880-000	3	R\$ 53,24	R\$ 53,24

