



Número: **0000513-96.2019.8.17.2250**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Belém São Francisco**

Última distribuição : **05/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

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                                                                                        |                |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| VALERIO OLIVEIRA DE LIMA (REQUERENTE)                           |                    | JORGE PEREIRA DA SILVA NETO (ADVOGADO)<br>GILSELANDIA BRITO DE GOIS (ADVOGADO)<br>JOSE LUIZ OLIVEIRA NETO (ADVOGADO) |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (REQUERIDO) |                    |                                                                                                                      |                |
| Documentos                                                      |                    |                                                                                                                      |                |
| Id.                                                             | Data da Assinatura | Documento                                                                                                            | Tipo           |
| 61721<br>007                                                    | 11/05/2020 16:25   | <a href="#">2718225_CONTESTACAO_01</a>                                                                               | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELEM DE SAO FRANCISCO/PE

Processo: 00005139620198172250

**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 **VALERIO OLIVEIRA DE LIMA**, 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 **17/02/2017**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 07/06/2017.**

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora apresenta documentos ilegíveis, incapazes de comprovar os fatos alegados.

Cumpra 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.

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



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

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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

#### **DA INÉPCIA DA INICIAL**

#### **DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO**

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal do acidente.

Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

“Art. 319. A petição inicial indicará:

I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;

II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;



- III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;
- IV - o pedido, com as suas especificações;
- V - o valor da causa;
- VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;
- VII - o requerimento para a citação do réu.”

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, *ipsis literis*:

“Art. 330. A petição inicial será indeferida:

I - quando for inepta;

Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;

II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;

III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;

VI – conter pedidos incompatíveis (...).”

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

“Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:

I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...);”

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

#### **DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA**

#### **DA AUSÊNCIA DE PROCURAÇÃO ATUALIZADA NOS AUTOS**

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de procuração atualizada nos autos.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

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



Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

#### **DA INÉPCIA DA INICIAL**

#### **DOCUMENTOS ILEGÍVEIS**

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica-se a existência de documentos ilegíveis.

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor juntou aos autos documentos exigíveis totalmente ilegíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

#### **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 a 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, CPC<sup>3</sup>.

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.

#### **- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**<sup>4</sup>.

<sup>3</sup>"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)

<sup>4</sup>"SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro  
Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistia nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Nota-se que a parte autora apresenta documentos completamente ilegíveis, sem poder comprovar que os fatos narrados sejam verídicos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>5</sup>.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

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

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

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

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

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

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.

---

DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

<sup>5</sup> APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

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



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

Ante o exposto, deve o feito deve 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 **17/02/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>6</sup>.

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 STJ<sup>7</sup>.

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:

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> **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;

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

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

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

#### **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 citação<sup>8</sup>.

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 ação<sup>9</sup>

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

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

#### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da 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.**

<sup>8</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>9</sup>art. 1º. (...)

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



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,

BELEM DE SAO FRANCISCO, 30 de abril 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](http://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 (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

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

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

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



### **TABELA DE GRADAÇÃO**

| <b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Total (100%)</b> | <b>Intensa (75%)</b> | <b>Média (50%)</b> | <b>Leve (25%)</b> | <b>Residual (10%)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| 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 **VALERIO OLIVEIRA DE LIMA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BELEM DE SAO FRANCISCO**, nos autos do Processo nº 00005139620198172250.

Rio de Janeiro, 30 de abril 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0000513-96.2019.8.17.2250**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Belém São Francisco**

Última distribuição : **05/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

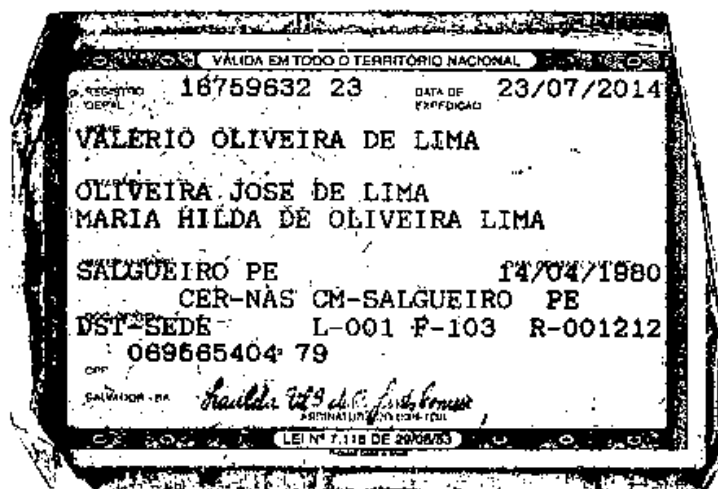
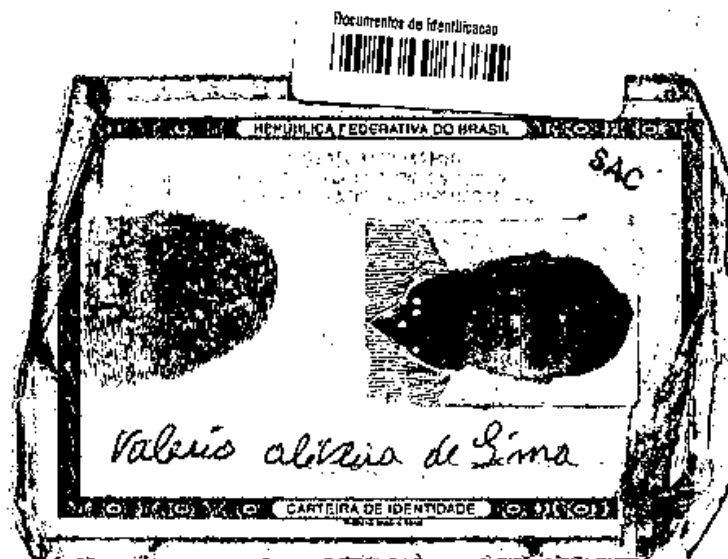
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                          |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                                                        |                    |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| VALERIO OLIVEIRA DE LIMA (REQUERENTE)                           |                    | JORGE PEREIRA DA SILVA NETO (ADVOGADO)<br>GILSELANDIA BRITO DE GOIS (ADVOGADO)<br>JOSE LUIZ OLIVEIRA NETO (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (REQUERIDO) |                    |                                                                                                                      |                    |
| Documentos                                                      |                    |                                                                                                                      |                    |
| Id.                                                             | Data da Assinatura | Documento                                                                                                            | Tipo               |
| 61721<br>008                                                    | 11/05/2020 16:25   | <a href="#">ANEXO 1</a>                                                                                              | Outros (Documento) |



ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017



Documento de Identificação

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

**ANTONIO MARCULA LIMA**

DOC. IDENTIFICAÇÃO / OUT. CANCEL. / CP  
6658948 / 10 / 05 / 1975

999.827.034-204 21/05/1975

ANTONIO MARCULA LIMA  
ESP. PALDA, LEAL MARCULA

02813584355 05/01/2022 17/07/1997

BAHIA

PAULO AFONSO LIMA 27/01/2017

BAHIA

ARUANA SEGUROS  
13 JUL 2017



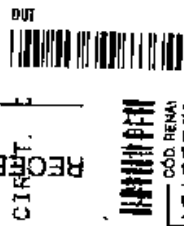


|                                                                        |                                     |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b> |                                     |
| DETRAN - BA Nº 013344548483                                            |                                     |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO                     |                                     |
| EXERCÍCIO                                                              | 2017                                |
| DATA                                                                   | 11/03/2017                          |
| NOME: ROMUEL GOMES DE SA TORRES                                        |                                     |
| MOTOR: KDO4E270265RO                                                   |                                     |
| PLACA                                                                  | JBLER-2                             |
| ESPECIE PRO                                                            | GASOLINA                            |
| MARCA/MODELO                                                           | HONDA/NXR150 BRO                    |
| ANO FAB                                                                | 2009                                |
| ANO MOD                                                                | 2017                                |
| LICENÇA DOMINANTE                                                      | VEICULO                             |
| DATA EMISSÃO                                                           | 11/03/2017                          |
| PREMIO TARIFARIO                                                       |                                     |
| FAS (R\$)                                                              | 51,29                               |
| DEMATRAN (R\$)                                                         | 9,03                                |
| CUSTO DO SEGURO (R\$)                                                  | 90,33                               |
| CUSTO DO CLIENTE (R\$)                                                 | 4,15                                |
| DE (R\$)                                                               | 0,70                                |
| PARCELADO                                                              | <input type="checkbox"/>            |
| COTA UNICA                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |
| DATA DE INVALIDACAO                                                    | 11/03/2017                          |
| SEU ASSARE                                                             |                                     |

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

|                                                                                                                                                                     |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS</b><br><b>CONDICIONAIS DE LICENCIAMENTO E LICENÇA</b>                                                 |                                     |
| BA Nº 013344548483 BILHETE DE SEGURO DPVAT                                                                                                                          |                                     |
| DATA DO BILHETE DO SEGURO DPVAT<br>PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO<br>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA<br>www.segurdadepdvat.com.br<br>SAC DPVAT 0800 022 1204 |                                     |
| EXERCÍCIO                                                                                                                                                           | 2017                                |
| DATA EMISSÃO                                                                                                                                                        | 11/03/2017                          |
| PLACA                                                                                                                                                               | JBLER-2                             |
| RENAVAM                                                                                                                                                             | 00156282359                         |
| MARCA/MODELO                                                                                                                                                        | HONDA/NXR150 BROS ES                |
| ANO FAB                                                                                                                                                             | 2009                                |
| ANO MOD                                                                                                                                                             | 2017                                |
| LICENÇA DOMINANTE                                                                                                                                                   | VEICULO                             |
| DATA EMISSÃO                                                                                                                                                        | 11/03/2017                          |
| PREMIO TARIFARIO                                                                                                                                                    |                                     |
| FAS (R\$)                                                                                                                                                           | 51,29                               |
| DEMATRAN (R\$)                                                                                                                                                      | 9,03                                |
| CUSTO DO SEGURO (R\$)                                                                                                                                               | 90,33                               |
| CUSTO DO CLIENTE (R\$)                                                                                                                                              | 4,15                                |
| DE (R\$)                                                                                                                                                            | 0,70                                |
| PARCELADO                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>            |
| COTA UNICA                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| DATA DE INVALIDACAO                                                                                                                                                 | 11/03/2017                          |
| SEU ASSARE                                                                                                                                                          |                                     |



013344548483  
RECIBO BA Nº

12/10/2020 11:58

iradora Líder - DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO

SUA VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA  
 A DO ACIDENTE 11/02/17 CPF DA VÍTIMA 069585404-79  
 TADOR DA DOCUMENTAÇÃO DIÓGENES LEAN MARCELA  
 ILIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL ( ) CUIDO PARAFETISCO COM  
 TIVA É VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA  
 IREÇO DO PORTADOR Maria PE. Roberto  
1152 COMPLEMENTO curtio BAIRRO curtio  
 UDE 069585404-79 CEP 56440-000  
 AIL 873886-1914 TELEFONE 873886-1914  
873886-1914

ADICIONAR PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMPIRADO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)  
 CARTIÇA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTIÇA DE  
 TRABALHO OU CARTIÇA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)

NA IMPROBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

RESOLUÇÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

AUTENTICAÇÃO DO PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVA

SE DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTIÇA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTIÇA DE TRABALHO OU CARTIÇA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

REPRESENTANTE LEGAL, E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMPIRADO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICAÇÃO E LEGÍVEL)
- ( ) CARTIÇA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTIÇA DE TRABALHO OU CARTIÇA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTENTICAÇÃO DO PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVA OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTIÇA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTIÇA DE TRABALHO OU CARTIÇA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) COMPROVANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- \* MORTA - R\$ 35.000,00
- \* INVALIDEZ PERMANENTE - R\$ 15.000,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE RESOLUÇÃO PROPOSTA NA LEI 6.374/74.
- \* DESPESAS MÉDICAS (QUANTO A RESOLUÇÃO PROPOSTA NA LEI 6.374/74) - ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEDE DA LÍDER DPVAT.

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGUROS.DPVAT.COM.BR OU LIGAR 0800 3402041111111111

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/02/2017

IDENTIDADE RS 4668949

ASSINATURA Diógenes Leão Marceles

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DOS CORREIOS

ARUANA SEGUROS

DATA 13 JUL 2017

NOME ARUANA SEGUROS

ASSINATURA Araruana Seguros

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3170388262

Cidade: Belém do São Francisco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Data do acidente: 17/02/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO QUADRIL ( TTO CIRÚRGICO )

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.  
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

### DANOS

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

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170388262 **Cidade:** Belém do São Francisco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALERIO OLIVEIRA DE LIMA **Data do acidente:** 17/02/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do anel pélvico à direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante com auxílio de muletas com instabilidade em apoio mono podálico e déficit severo dos movimentos do quadril direito com hipotrofia da coxa direita.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico para osteossíntese com parafuso de anel pélvico e placas e parafusos em sínfise púbica. Encontra-se de alta definitiva.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do quadril direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Emanuel de Barros e Silva

**CRM do médico:** 18229

**UF do CRM do médico:** BA

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total                                      |                                              |                                                      | 18,75 %   | R\$ 2.531,25          |

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA  
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: SOLTEIRO  
 Profissão: AGRICULTOR  
 Identidade: 16752632-23 CPF: 069.565.404-79  
 Endereço: RUA IMBEIRA Nº 190, CASA ESCOLA  
 CIDADE: BELEM DE SÃO FRANCISCO-PE

## OUTORGADO:

Nome: DIOGENES LEAL MARCULA  
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: CASADO  
 Profissão: INVESTIGADOR  
 Identidade: 4668949 CPF: 894.827.054-04  
 Endereço: RUA PAULINO NORBERTO Nº 150 PANTO  
 CIDADE: BELEM DO SÃO FRANCISCO-PE

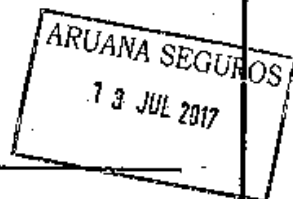
Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

ABARE-RA 14/06/2017  
LOCAL E DATA:



Valerio Oliveira de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO  
RUA DOS ARTIFICES, 1029 - CENTRO - BELÉM DO SÃO FRANCISCO - PE - CEP: 55420-000 - TEL: (07) 3876-1346 - FAX: (07) 3876-1347

Reconheço Por Autenticidade a firma de: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA em 26/06/2017 11:10:38  
 Dou fé. GABRIEL HENRIQUE FONTES DE ALMEIDA - Substituto  
 Emol. 3,49 TSNR 0,78 FERC 0,39 Total 4,66  
 Selo Digital 0073817.XXRS201701.02187  
 Consulte a autenticidade do selo em [www.tipe.jus.br/selodigital](http://www.tipe.jus.br/selodigital)

Gabriel Henrique Fontes de Almeida  
Escritor Substituto



→ RECONHECER A FIRMA  
POR AUTENTICIDADE OU  
VERDADEIRA!



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **VALERIO OLIVEIRA DE LIMA** Sinistro: **3170388262** Data: **17/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA IMPOEIRA - GRUPO ESCOLA, 190, CASA - IMPOEIRA - Belém de São Francisco - PE - CEP 65631-350**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp** / **BA** ] **1675963223**

Data local do exame: [ **31/07/2017** ] **Paulo Afonso** [ **BA** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura do anel pélvico à direita. . Ao exame físico vítima apresentando marcha claudicante com auxílio de muletas com instabilidade em apoio mono podálico e déficit severo dos movimentos do quadril direito com hipotrofia da coxa direita.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Tratamento cirúrgico para osteossíntese com parafuso de anel pélvico e placas e parafusos em sínfise púbica. Encontra-se de alta definitiva.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do quadril direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):  
**Quadril direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

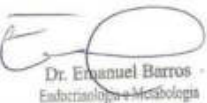
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

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

  
Dr. Emanuel Barros  
Endocrinologista e Metabolista  
CRM BA 18229/E 15380/AL 5096  
Emanuel de Barros e Silva - CRM: 18229 - BA



Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº: 11346263

A/C: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170388262 ASL-0270236/17

Vitima: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Data Acidente: 17/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: DIOGENES LEAL MARCULA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01415/01416 - carta\_01



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2017

Carta nº: 11366872

A/C: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Sinistro: 3170388262 ASL-0270236/17  
Vítima: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA  
Data Acidente: 17/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: DIOGENES LEAL MARCULA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00551/00552 - carta\_02



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11445661

A/C: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Sinistro: 3170388262 ASL-0270236/17  
Vitima: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA  
Data Acidente: 17/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: DIOGENES LEAL MARCULA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000003615-3

Conta: 000005435-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.531,25 |

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

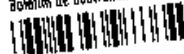
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00047/00048 - carta\_15R



Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 188ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELÉM DE SÃO FRANCISCO -  
DP188ªCIRC DINTER2/22ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0278000253**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2017** às **08:32**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **17/2/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELÉM DE SÃO FRANCISCO, 1, ESTRADA DA AGRODAN - Bairro: CENTRO - BELÉM DE SÃO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
**RONILSON ALMEIDA (AUTOR/AGENTE)**  
**ROMUEL GOMES DE SÁ TORRES (OUTRO)**  
**VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA**

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

**VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**  
Mãe: **MARIA HILDA DE OLIVEIRA LIMA** Pai: **OLIVEIRA JOSE DE LIMA** Data de Nascimento: **14/1/1980** Nacionalidade: **SALGUERO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Documentos: **16753632230/SP/PA (RG), 06356440473 (CPF)** Estado Civil: **ANUICIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Telefones Celulares: **7839391401**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BELÉM DE SÃO FRANCISCO, 1, FAZENDA PUERA - CEP: 55098-000 - Bairro: CENTRO - BELÉM DE SÃO FRANCISCO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**RONILSON ALMEIDA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**  
Mãe: **A** Pai: **B** Data de Nascimento: **1/1/1981** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ROMUEL GOMES DE SÁ TORRES** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**  
Mãe: **A** Pai: **B** Data de Nascimento: **1/1/1981** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ROMUEL GOMES DE SÁ TORRES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/MARCA/MXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Placa: **JSL7922 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **166282283** Chassi: **9C2KD04200R026830**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **4 ABSOLINA**

**Complemento / Observação**

**OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO**  
RUA DAS AMÉRICAS, 1025 - CENTRO - BELÉM DO SÃO FRANCISCO - PE - CEP: 55400-000 - TEL: (081) 3542-344 - FAX: (081) 3542-300187

Cartório que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autenticado e dou fé. **GABRIEL HENRIQUE FONTES DE ALMEIDA** - Substituto, 16/06/2017 08:25:35 Encl. 2, 99, TSH: 0, 66, PERC: Gabriel Henrique Fontes de Almeida Escrevente Substituto 0, 33, Total: 3, 98. Selo 0075817.3.0005201701.01869. Consulte autenticidade do selo em [www.tjpe.jus.br/seletigital](http://www.tjpe.jus.br/seletigital)

**ARUANA SEGUROS**

**13 JUL 2017**



VITIMA TRAFEGAVA PELA ESTRADA QUE LIGA A FAZENDA IPUEIRA A ESTA CIDADE QUANDO AINDA PROXIMO A

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaB.O.do?idUn=278&idOc=6494102&nroB...> 07/06/2017

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

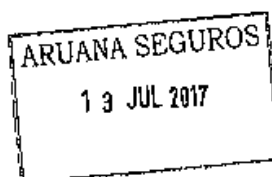
Página 2 de 2

SUA RESIDENCIA SAIU DE UMA ESTRADA VICINAL UM VEICULO FIAT ESTRADA CONDUZIDA PELO SENHOR RONILSON ALMEIDA ENTRANDO NA SUA FRENTE TENDO A VITIMA BATIDO NA FRENTE DO VEICULO (PNEU DIANTEIRO ESQUERDO) CAINDO E SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. DESTA CIDADE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A CIDADE DE SALGUEIRO E POSTERIORMENTE PARA O RECIFE ONDE SE SUBMETEU A CIRURGIA NA BACIA CONFORME DOCUMENTOS DE POSSE DA VITIMA.

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

*Valerio Oliveira de Lima*  
VALERIO OLIVEIRA DE LIMA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: CRISTIANO LUIZ FEITOSA FERRAZ - MAT. 221218-6 - Matrícula: 221218-6



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de inexistência de IML



Eu, VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 16752632-23 e inscrito no CPF/MF sob o nº 069.565.404-79, residente e domiciliado na RUA IMPERIAL, N.º 190, GRUPO ESCOLAR, Cidade RELEN DO SÃO FRANCISCO, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

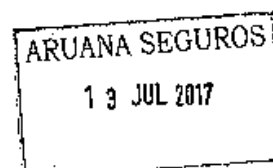
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Valério Oliveira de Lima

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

ABARE-BA, 30/06/2017

Local e data

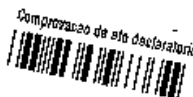




PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA



## PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO

Prioridade:

ATA: 1102114

HORA: 16:09

QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Prioridade:

### DADOS DO PACIENTE

Nome: VALÉRIO CULLEIRA DE LIMA

Mãe: MARIA LINDA DE OLIVEIRA

Data de Nas: 14/04/80 Idade: 36,2 Sexo: M Raça/Etnia: P

Naturalidade: BELÉM DO SÃO FRANCISCO Telefone:

Município de Residência: BELÉM DO SÃO FRANCISCO

Estado Civil: SOLTEIRO Ocupação: AGRICULTOR Cônjuge:

Rua: FAZENDA IMPERIAL Nº: Bairro:

PSF: ACS:

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES / HISTÓRIA CLÍNICA / DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

- |                                                                |                                                               |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus                     | <input type="checkbox"/> Doença Hematológica                  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial                  | <input type="checkbox"/> Infarto Agudo do Miocárdio (ano: )   |
| <input type="checkbox"/> Doença Renal                          | <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Encefálico (ano: ) |
| <input type="checkbox"/> Doença Autoimune                      | <input type="checkbox"/> Outras: *                            |
| <input type="checkbox"/> Alergia Medicamentosa. Qual / Quais ? |                                                               |

### OCORRÊNCIA

- |                                                                   |                                               |                                                      |                                           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acidente de trânsito                     | <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho | <input type="checkbox"/> Picada de Animal Peçonhento | <input type="checkbox"/> Outros Acidentes |
| <input type="checkbox"/> Violência Inter pessoal / Auto provocada | <input type="checkbox"/> Intoxicação Exógena  | <input type="checkbox"/> Encaminhado de UBS          | <input type="checkbox"/> Outros           |

### ATENDIMENTO / QUEIXA PRINCIPAL / MOTIVO / SSVV

| PESO | TEMP. | P.A.   | FC  | FR  | Glicemia | Sat. O <sub>2</sub> |
|------|-------|--------|-----|-----|----------|---------------------|
| kg   | °C    | mmHg   | bpm | lpm | mg/d     | %                   |
|      |       | 150/90 |     |     |          |                     |

VÍTIMA DE COLÍSSO MOTO + CARRO HT ± 1h.  
NEGA ENGESTA ALCOOLICA, DESMAIO EM VENTRO  
NEGA USO DE CARIÓTIPO. AUMENTA DORES  
DE FORTES INTENSIDADE (10) EXATA DE 0 A  
10 EM MID (COXA) + REGIÃO ABDOMINAL

OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel da original que me foi apresentada, ao qual autentico e dou fé.

Substituto: 13/05/2017 11:19:46 Emol: 2,99; TSMR: 0,66; FERC: 0,33; Total: 3,98. Selo 007381/BAN05201701.00529. Consulte

autenticidade do selo em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital).

Gabriel Henrique Fontes de Almeida  
Escrivente Substituto

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

Cód. Regulação:



**EVOLUÇÃO / PRESCRIÇÃO / CONDUITA / EXAME**

- 1) SPO2 97% 2000ml, EV. 19 39
- 2) S.R. 2000ml EV. 23 49
- 3) DOAQUITA - SAMP + ADI EV 16:50
- 4) IMOBILIZAÇÃO COM TALA GOMADA
- 5) TRANSFERÊNCIA P/ REALIZAÇÃO DE EXAMES.

HD / INICIAL / CID

poliarterite.

DIAGNÓSTICO / DEFINITIVO / CID

DATA / HORA / ATENDIMENTO

17/02/14

DATA / HORA / ALTA

MÉDICO / ASSINATURA / CARIMBO

Dr. Márcio Nascimento  
Médico  
CRM/PE 24843

DOENÇA / AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO CUMPRISÓRIA  
DATA / ASSINATURA / CARIMBO

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

ROC / CÓDIGO

ESPECIALIDADE

TIPO

GRUPO

CIDADE / LOCAL DE TRANSFERÊNCIA



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03615-3

CONTA: 000000005435-6

---

---

Nr. Autenticação

BRABESCO0408201705000000000023703615000000005435253125 PAGO



Comprovante de residência



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

RG nº 16759632-23 data de expedição 23/07/2017 órgão SSP/BA

CPF nº 0695654479 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA IMPERIAL, GRUPO ESCOLA</u> |
| Número                            | <u>Nº 120</u>                     |
| Apto / Complemento                | <u>CASA</u>                       |
| Bairro                            | <u>IMPERIAL</u>                   |
| Cidade                            | <u>BELEM DO SAO FRANCISCO</u>     |
| Estado                            | <u>PE</u>                         |
| CEP                               | <u>56.440-000</u>                 |
| Telefone de Contato               | <u>87-3276-1444/87-39994-3404</u> |
| E-mail                            |                                   |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BELEM DO SAO FRANCISCO-PE, 26/07/17.

Assinatura do Declarante: Valerio Oliveira de Lima



## 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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
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: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

CREUSA RDA DE OLIVEIRA SILVA  
PROX. VILA  
CPF: 056.779.834-22 NIS: 18404911621

DATA DE VENCIMENTO  
**28/06/2017**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**44,51**

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
21/06/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO  
21/06/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
002537770

CONTA CONTRATO  
001181681043

Nº DO CLIENTE  
2001765477

Nº DA INSTALAÇÃO  
0006280753

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA IMPUEIRA 180  
GRUPO ESCOLAR  
LOCALIDADE DE IMPUEIRA/IMPUEIRA  
56440-000 BELEM DE SÃO FRANCISCO PE

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico**

## RESERVADO AO FISCO

**AF69.ED07.7AFA.AD69.14FC.52F0.78E2.3547**

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](http://www.celpe.com.br)

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO                                | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$)  |
|------------------------------------------|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,00      | 0,17762064 | 5,32         |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 70,00      | 0,30449213 | 21,31        |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 14,00      | 0,45673880 | 6,39         |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA              |            |            | 0,61         |
| Contribuição Iluminação Pública          |            |            | 10,29        |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 003390853-27/04/17 |            |            | 0,69         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |            | <b>44,51</b> |

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS            |      | PIS              |                 | COFINS |                  |
|-----------------|------|------------------|-----------------|--------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %      | VALOR DO IMPOSTO |
| 0,00            | 0,00 | 33,63            | 1,38            | 6,45   | 33,63            |
|                 |      |                  |                 | 8,22   | 2,09             |

Comunicamos o não pagamento do(s) conta(s) de energia citado(s):

| Vencido  | De Receb | Valor | Vencido  | De Receb | Valor |
|----------|----------|-------|----------|----------|-------|
| 20/05/17 | 21/06/17 | 39,63 | 04/04/17 | 27/04/17 | 79,87 |
| 05/06/17 | 22/06/17 | 72,88 |          |          |       |

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do BPC e SERASA, com abrangência nacional. Esta comunicação não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

## Tarifas Aplicadas

|                                          |            |
|------------------------------------------|------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 0,18445700 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 0,28141200 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,42211800 |

## HISTÓRICO DO CONSUMO

| DATA   | CONSUMO (kWh) |
|--------|---------------|
| JUN 17 | 114           |
| MAI 17 | 111           |
| ABR 17 | 107           |
| MAR 17 | 171           |
| FEV 17 | 159           |
| JAN 17 | 161           |
| DEZ 16 | 160           |
| NOV 16 | 163           |
| OUT 16 | 164           |
| SET 16 | 169           |
| AGO 16 | 143           |
| JUL 16 | 135           |
| JUN 16 | 164           |

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| RS                  | %     |
|---------------------|-------|
| Geração de Energia  | 12,49 |
| Transmissão         | 1,32  |
| Distribuição (Cabo) | 10,81 |
| Encargos Setoriais  | 3,28  |
| Tráfego             | 3,54  |
| TOTAL               | 35,83 |

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR |         | ATUAL |         | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|-------------------|----------------|----------|---------|-------|---------|---------|-----------|--------|-------------|
|                   |                | DATA     | LEITURA | DATA  | LEITURA |         |           |        |             |

000000000000258328 CAT 23/05/2017 21.343,00 21/06/2017 21.457,00 30 1,00000 0,00 114,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/07/2017

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | METAS MENSAL | METAS TRIMESTRAL | METAS ANUAL |
|-----------|----------|---------------|--------------|------------------|-------------|
|-----------|----------|---------------|--------------|------------------|-------------|

06/17/2017

DUR-Me de horas sem Energia BELEM DE SÃO FRANCISCO 1,55 11,01 33,03 44,07

FG-Me de vezes sem Energia 2,00 7,74 15,43 30,85

DMC-Duração máxima de interrupção contínua 1,48 5,93 0,00 0,00

DMC-Duração de interrupção em dia crítico Limite DMC: 1,60

EMSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 15,37

Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DMC, FG, DMC e DMCB a qualquer tempo.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a Bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.  
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLV(II), a, 2.2.2, do RICMS-PE.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 25,72.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,  
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MESIANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------|
| 001181681043   | 06/2017 | 44,51              | 28/06/2017 |                    |

47390930



Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este carnêto será usado em leitura ótica.

ARUANA SEGUROS  
13 JUL 2017



Compradores de residencia

por sua influência à Escola Unificada  
de J. J. da Silva  
resultar a criação de melhores pontos para o ensino  
superior e a construção  
de um novo edifício  
para a Escola Unificada

## BEFORE CONCEPT DEVELOPMENT AND CREATION



CIGREDEPERU  
 DIOGENES LEAL MARCELA  
 RUA PE ROBERTO 1152  
 CENTRO  
 5040-000 - BELEM DE SAO FRANCISCO - PE

ARIANA SEGURO

13 JUL 2017

ENTERED INSURANCE

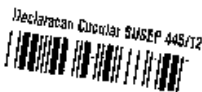
☐ ASSISTANT  
☐ NIGHT SUPERVISOR

UNCLASSIFIED  
UNCLASSIFIED

**1**

**SOEHNDO SOE OSE**





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu DIÓGENES LEAL MACIEL portador(a) do

RG nº 466 8949, expedido por SSP/RE, em

26/02/1999 CPF/CNPJ nº 899.827.034-04,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) VALÉRIO

OLIVEIRA DE LIMA do sinistro de DPVAT da natureza LANÇAMENTO

da vítima VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA, e conforme

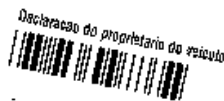
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

Diógenes Leal Maciel  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

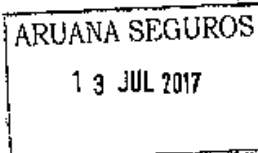




## Declaração do Proprietário do Veículo

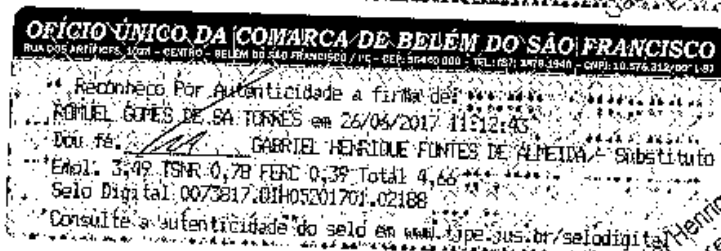
Eu, ROMUEL GOMES DE SA TORRES  
RG nº 7138720 data de expedição 15/07/2002  
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 985125795-87 com  
domicílio na cidade de BELEM DO SAO FRANCISCO no Estado de  
PE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
FAZENDA IREIRA nº 515  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima VALERIO OLIVEIRA DE LIMA cujo o condutor era  
VALERIO OLIVEIRA DE LIMA.  
Veículo: PAS/motociclo  
Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES  
Ano: 2009  
Placa: JSL-8322  
Chassi: 9C2K004209R0026580  
Data do Acidente: 17/02/2017  
Local e Data: BELEM DO SAO FRANCISCO, 30/06/2017.

Romuel Gomes de Sa Torres  
Assinatura do Declarante



Valerio Oliveira de Lima

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



→ RECONHECER A FIRMA  
POR AUTENTICIDADE OU  
VERDADEIRÃO DO JFE  
E DO CONAUTOS.





PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO - PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ ALVENTINO LIMA



## PRONTUÁRIO DE PRONTO ATENDIMENTO

Prioridade:

Prioridade:

ATA: 110214

HORA: 16:47

QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

### DADOS DO PACIENTE

Nome: VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA  
Mãe: MARIA LUIZA DE OLIVEIRA  
Data de Nasc: 14/04/80 Idade: 36 anos Sexo: M Raça/Etnia: P  
Naturalidade: BELÉM DO SÃO FRANCISCO PE Telefone: \_\_\_\_\_  
Município de Residência: BELÉM DO SÃO FRANCISCO  
Estado Civil: SOLTEIRO Ocupação: APOSENTADO Cônjuge: \_\_\_\_\_  
Rua: FAZENDA DE LIMA Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
PSF: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES / HISTÓRIA CLÍNICA / DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

- |                                                                     |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus                          | <input type="checkbox"/> Doença Hematológica                       |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial                       | <input type="checkbox"/> Infarto Agudo do Miocárdio (ano: _____)   |
| <input type="checkbox"/> Doença Renal                               | <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Encefálico (ano: _____) |
| <input type="checkbox"/> Doença Autoimune                           | <input type="checkbox"/> Outras: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Alergia Medicamentosa. Qual / Quais? _____ |                                                                    |

### OCORRÊNCIA

- |                                                                   |                                               |                                                      |                                           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acidente de trânsito                     | <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho | <input type="checkbox"/> Picada de Animal Peçonhento | <input type="checkbox"/> Outros Acidentes |
| <input type="checkbox"/> Violência Inter pessoal / Auto provocada | <input type="checkbox"/> Intoxicação Exógena  | <input type="checkbox"/> Encaminhado de UBS          | <input type="checkbox"/> Outros           |

### ATENDIMENTO / QUEIXA PRINCIPAL / MOTIVO / SSVV

|            |             |                       |           |            |                  |                          |
|------------|-------------|-----------------------|-----------|------------|------------------|--------------------------|
| PESO<br>kg | TEMP.<br>°C | P.A.<br>150/90 Onthg. | FC<br>bpm | FR<br>irpm | Glicemia<br>mg/d | Sat. O <sup>2</sup><br>% |
|------------|-------------|-----------------------|-----------|------------|------------------|--------------------------|

VÍTIMA DE COLÍZIO MOTO + CARRO HT ± 1h.  
NEGA INGESTA ALCOOLICA, DERMATIS EN VOMITO.  
NEGA USO DE CARMESITO. AMPLIFICA DOR  
DE FONTE INTENSIDADE (10) ESCALA DE 0 A  
10 EM MID (COXA) + REGIÃO ABDOMINAL.

OFÍCIO ÚNICO DA COMARCA DE BELÉM DO SÃO FRANCISCO  
RUA DAS ARTES, 1000 - CENTRO - BELÉM DO SÃO FRANCISCO - PE - CEP: 55440-000 - TEL: (071) 316-1536 - CAP: 10 515 512 500 47

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé.

GABRIEL HENRIQUE FONTES DE ALMEIDA

Substituto, 15/05/2017 11:19:46 Empl. 2,99, TIR: 0,66, PERC: 0,33, Total 3,98. Selo 0073817.BAK05201701.00529. Consulte

autenticidade do selo em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital).

Gabriel Henrique Fontes de Almeida  
Escritor Substituto

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

Cód. Regulação:



**EVOLUÇÃO / PRESCRIÇÃO / CONDUTA / EXAME**

- 1) SFO 18% 2000ml, EV. 19 33
- 2) S.R.L 2000ml EV. 23 4<sup>ª</sup>
- 3) DOA 18% 2000ml + 4D EV 16:50
- 4) IMOBILIZAÇÃO COM TALA GOMADA
- 5) TRANSFERÊNCIA P/ REALIZAÇÃO DE EXAMES.

|                                                                                        |                      |                                                                                                                         |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>HD / INICIAL / CID</b><br>polipneumonia                                             |                      | <b>DIAGNÓSTICO / DEFINITIVO / CID</b>                                                                                   |              |
| <b>DATA / HORA / ATENDIMENTO</b><br>17/02/14                                           |                      | <b>DATA / HORA / ALTA</b>                                                                                               |              |
| <b>MÉDICO / ASSINATURA / CARIMBO</b><br>Dr. Mécio Nascimento<br>Médico<br>CRM/PE 24543 |                      | <b>DOENÇA / AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO CUMULSÓRIA</b><br><b>DATA / ASSINATURA / CARIMBO</b><br>ARUANA SEGUROS<br>13 JUL 2017 |              |
| <b>ROC / CÓDIGO</b>                                                                    | <b>ESPECIALIDADE</b> | <b>TIPO</b>                                                                                                             | <b>GRUPO</b> |
| <b>CIDADE / LOCAL DE TRANSFERÊNCIA</b>                                                 |                      |                                                                                                                         |              |



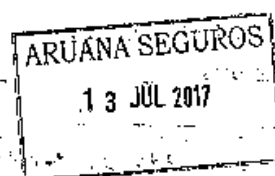


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ - VII GERES  
EMERGÊNCIA GERAL / ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 17/05/2017  
Nº DE OCORRÊNCIA: 17.57  
HORA DE CHEGADA: 17.57  
HORA SAÍDA: 18.57  
REGULAÇÃO: 17.57

| IDENTIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                      | CPF:                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME: <u>Alcides Oliveira de Lima</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DATA DE NASC: <u>10/01/20</u>                                                                                        | ID: <u>36</u> Cor: <u>0</u>                                                                                                                                                  |
| SEXO: <u>M</u> ORIENTAÇÃO SEXUAL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ESTADO CIVIL: <u>1</u>                                                                                               | PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>                                                                                                                                                 |
| NOME DA MÃE: <u>Marcelina Uldes de Oliveira Lima</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TEL: _____                                                                                                           |                                                                                                                                                                              |
| ENDEREÇO: <u>Faz. União</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | BAIRRO: <u>2. Rural</u>                                                                                              | Nº: _____ CIDADE: <u>2. Fátima</u>                                                                                                                                           |
| GRAU DE INSTRUÇÃO: <u>ANALFABETO</u> ( ) 1º GRAU (X) 2º GRAU ( ) SUPERIOR ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CNS: <u>3. 10.15</u>                                                                                                 | FUNCIONÁRIO (A): <u>Luiz Cláudio</u>                                                                                                                                         |
| RESPONSÁVEL: <u>Prévia</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| MEIO DE TRANSPORTE<br>BOMBEIRO ( ) AMBULÂNCIA ( ) SAMU ( ) AUTO ( )<br>MOTO ( ) OUTROS ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PACIENTE CHEGOU AO SERVIÇO<br>ANDANDO ( ) MACA ( )<br>CADEIRA DE RODAS ( )                                           | ENCAMINHADO<br>HOSPITAL ( )<br>PSF ( ) OUTROS ( )                                                                                                                            |
| PA: <u>1.5</u> HGT: _____ TEMP: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FC: <u>112</u> SATO <sub>2</sub> : <u>98</u>                                                                         | FR: _____ PESO: _____                                                                                                                                                        |
| ANTECEDENTES PESSOAIS: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| ANTECEDENTES FAMILIARES: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| USO DE MEDICAMENTOS: _____ ALERGICO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      | ENCAMINHAMENTOS                                                                                                                                                              |
| ( ) Febre ( ) Vômitos ( ) Dificuldade de Respirar ( ) Fraqueza<br>( ) Confusão Mental ( ) Fadiga ( ) Cefaléia ( ) Distúrbios Visuais<br>( ) Tosse ( ) Taquicardia ( ) Convulsão ( ) Desmaio<br>( ) Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo ( ) Tonturas<br>(X) Dor Local: <u>em abdômen</u><br>( ) Queixa Urinária: _____<br>( ) Sangramento Local: _____<br>( ) Outras Queixas: <u>Resposta a dor com analgésico. Não há</u><br><u>nenhuma outra queixa. Faltam dados para avaliação e H</u> |                                                                                                                      | ( ) Clínico Geral<br>(X) Cirurgião<br>(X) Ortopedista<br>( ) Odontólogo<br>( ) Serviço Social<br>( ) Enfermagem<br>( ) Outros: _____                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Vermelho<br><input checked="" type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul<br>Assinatura Enf. _____ |
| CLASSIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| 1 - QUEIXA-PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA)<br><u>Dor em abdômen e febre (histórico) com febre alta (38.5°C) em 17/05/2017</u><br><u>febre alta (38.5°C) e febre alta (38.5°C) em 17/05/2017</u><br><u>febre alta (38.5°C) e febre alta (38.5°C) em 17/05/2017</u>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| 2 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA<br><u>Infecção por Listeria (HDA)</u><br><u>Infecção por Listeria (HDA)</u><br><u>Infecção por Listeria (HDA)</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| 3 - EXAMES SOLICITADOS<br><u>Exames de urina, hemograma e cultura</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| ARUANA SEGUROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| Carimbo do Médico JUL 2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE / AGRESSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                 | OUTRO TIPO DE ACIDENTE                                                                                                                                                       |
| Veículo: ( ) Automóvel ( ) Ônibus (X) Moto<br>( ) Outros Qual: _____<br>Fator de Proteção: ( ) Cinturão de Segurança<br>( ) Qual: _____ ( ) Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Origem: ( ) Construção Civil ( ) Indústria<br>( ) Agricultura ( ) Comércio ( ) Outros<br>Qual: _____<br>( ) Ignorado | ( ) Intoxicação Acidental ( ) Queda Acidental<br>( ) Afogamento ( ) Queimadura ( ) Choque Elétrico<br>( ) Outros Qual: _____<br>( ) Ignorado                                 |
| AGRESSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | AUTOAGRESSÃO/ SUICÍDIO                                                                                               | LOCAL DA OCORRÊNCIA                                                                                                                                                          |
| POR: ( ) Arma de Fogo ( ) Arma Branca<br>( ) Espionagem ( ) Outros Qual: _____<br>( ) Ignorado<br>MODO: ( ) Assalto ( ) Brigas ( ) Ação Policial<br>( ) Agressão Sexual ( ) Ignorado ( ) Outros<br>Qual: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ( ) Arma de Fogo ( ) Enforcamento ( ) Drogas<br>( ) Queda de Nível ( ) Outros<br>Qual: _____<br>( ) Ignorado         | ( ) Via Pública ( ) Domicílio ( ) Escola<br>( ) Ambiente de Trabalho ( ) Outros<br>Qual: _____<br>( ) Ignorado                                                               |
| NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - VEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
| Nº DA NOTIFICAÇÃO: _____ SE _____ INVESTIGAÇÃO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> AGRAVO: _____ RESPONSÁVEL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |





DATA/HORA

DATA/HORA

SECRET - EYES ONLY

2005-10-12 10:00-10:05

DATE: 12/15/11

100-20741-1000

Arbeitsvertrag + US-De-Fu-Arch

DISPATCHED BY

~~MARKET 10-15. 1000 to 1200~~

02/01/19 10:40 AM

[illegible]

01

for the year 1977

Assinatura do Médico (Carimbo Nome nº do CRM):

## 6 - EVOLUÇÃO

DATE \_\_\_\_\_

## DESTINO

Para Residência: ( ) Internado ( ) Evasão ( ) Ignorado ( ) Óbito ( ) Outros Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

Transferido para: \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento:** A AIH deverá ser obrigatoriamente preenchida nos casos de:

- ✓ Pacientes com período de internação igual ou inferior a 24 horas;
- ✓ Transferências
- ✓ Óbitos



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ-VII GERES  
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

REGISTRO Nº 203134  
DATA: 17/02/17  
HORA:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE CARTÃO DO SUS:

NOME: Valério Medeiros de Lima DT DE NASC: 14/04/82 ID: 36 SX 14  
EST. CIVIL: U. Casado PROFISSÃO: Agricultor RAÇA(ETNIA): 02  
ENDEREÇO: Fazenda Capim  
MUNICÍPIO: B. J. Francisco UF: PE CEP: 56.440.000  
Nº. DOCUMENTO: ( ) CPF ( ) IDENTIDADE  
NOME DA MÃE: Maria Hilda de Oliveira Lima TEL: ( )  
NOME DO ACOMPANHANTE: Patrícia (Pompeia)

COR  
1 01 BRANCA 1 04 AMARELA  
1 02 PRETA 1 05 INDIO  
1 03 PARDIA 1 06 INFORMAÇÃO

CLÍNICA

( ) NEONATAL ( ) CLÍNICA MÉDICA ( ) CIRÚRGICA ( ) PEDIÁTRICA ( ) TRAUMATOLÓGICA ( ) SAÚDE MENTAL  
CARATER: ( ) ELETIVO ( ) URGÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Paciente em tratamento de contusão de tornozelo, do  
quadro e dor no (D) membro inferior direito, após  
um trauma, ocorrido no dia 10/02/17, com  
dor intensa, inibindo o paciente de realizar  
atividades.

Atestado Com

Documento Original

EXAME Em: 22/05/2017

Maryselle do Nascimento  
Hosp. Reg. Inácio de Sá  
Mat. 230596-6

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: TEMPERATURA: PESO:

BOB, dispendioso + 134, apático,  
unilateral, hemiparesia, claudicação  
esquerda e dor no membro inferior direito e dor  
na cabeça, com insônia e perda de peso.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

Rx Frotista tipo síndrome hemiparesia  
e parietal  
Lúmen seco e lesão pulmonar

DATA: 17/02/17

MÉDICO-CRÉDITO (CARIMBO)

CONDIÇÕES DE ALTA

11 - ALTA CURADO  
12 - ALTA MELHORADO  
14 - ALTA PERDIDA  
16 - ALTA POR EVASÃO  
13 - TRANSFERIDO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO  
14 - ÓBITO COM DECLARAÇÃO FORNECIDA PELO  
MÉDICO ASSISTENTE ☐ + 48 HS ☐ - 48 HS

ARUANA SEGUROS

13. III. 2017

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Recife

DATA: 20/02/17

MÉDICO-CRÉDITO (CARIMBO)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

|                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|
| Nome do Paciente<br><b>VALÉRIO OLIVEIRA DE LIMA</b>                    |  |
| Sexo<br><b>M</b>                                                       |  |
| Idade<br><b>17 anos</b>                                                |  |
| Data de Nascimento<br><b>17/06/17</b>                                  |  |
| Diagnóstico Pre-Operatório<br><b>Lesões de corpo inteiro e pubiana</b> |  |
| Procedimento<br><b>1.1</b>                                             |  |
| Resultado<br><b>Redução + fixação externa</b>                          |  |
| Atesto Com<br><b>A</b>                                                 |  |
| Documento Original<br><b>Em 22/05/2017</b>                             |  |
| Assinatura do Cirurgião<br><b>Dr. Paulo</b>                            |  |

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Anestesia 2. Anti-embolia 3. Apos-  
tifo de corpo inteiro 4. redução  
5. Fixação externa CI OR. mais  
em corpo inteiro + fixação externa 6. An-  
estesia

**Cláudio Sá**  
Ortopedia  
Traumatologia

ARUANA SEGUROS  
13 JUL 2017





SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FRETTAS

Nº REGISTRO:

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: *Roberto Oliveira de Lima*CLÍNICA: *Ortopedia*ENF.: *2.6*LEITO: *2*

DATA

HORA

## EVOLUÇÃO

*01/07/19**HQ: Fratura de nível pelvico**Paciente acordado, noite de sono tranquilo, sem queixas de dor no local e urina normal.**CD: Refeições normais, sem vômitos ou diarreia.**Dr. Pedro Paulo de Lima  
MÉDICO  
CREMEPE 2480**03/07/19**HQ: Fratura de nível pelvico**HQ: Ex. nível pelvico**Paciente acordado, em boas condições.**CD: Refeições normais, sem vômitos ou diarreia.**Dr. Pedro Paulo de Lima  
MÉDICO  
CREMEPE 2480**06.03.19**Fisioterapia Motora**Paciente EGBom, consciente, orientado referindo dor moderada em fratura pelvica com fixador externo. Realiza fisioterapia ativa-MMS e ativa-assistida em MMFI. Graças ao suporte no leito. Orientado e aliviado com a postura do membro acometida.**ARUANA SEGUROS  
13 JUL 2019**Claudia Delo  
CREPELO-198190-F*

003-HGOF



| DATA     | HORA | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08/03/17 |      | <p>Fisioterapia Motora</p> <p>Pete EGBom. referindo dor moderada em fratura de pelve segue sem alterações no quadro clínico. Mantenho conduta ante dor.</p> <p><i>Cláudia Belo</i><br/>CREFITO-198190-F</p>                                         |
| 10/03/17 |      | <p>Fisioterapia Motora (030205001-9)</p> <p>Realizada em fisioterapia ativa MMSS + PVIST: ativo-arris-tida / passiva MMII, membros trôco-cárvica; isométricos gds.</p> <p><i>Carmem L. Carneiro Leão</i><br/>Fisioterapeuta<br/>CREFITO 62232-F</p> |
| 13/03/17 |      | <p>Fisioterapia Motora (030205001-9)</p> <p>Realizado alongamentos ed- mantida.</p> <p><i>Carmem L. Carneiro Leão</i><br/>Fisioterapeuta<br/>CREFITO 62232-F</p>                                                                                    |
| 14/03/17 |      | <p>Fisioterapia Motora (030205001-9)</p> <p>Realizado alongamentos ed- mantida.</p> <p><i>Carmem L. Carneiro Leão</i><br/>Fisioterapeuta<br/>CREFITO 62232-F</p>                                                                                    |

|        |               |
|--------|---------------|
| H.O.F. | RAPIA         |
| TIPOD. | BLOCA S/P     |
| DATA   | 14/03/17      |
| ASS.   | <i>Flávia</i> |

|                |
|----------------|
| ARJANA SEGUROS |
| 13 JUL 2017    |





SES  
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Valério Oliveira de Lima SETOR: Tr 26-2  
IDADE: 36 TELEFONE: 999600287 - Unidade Curral CEL: 996559492 - Landes  
RESPONSÁVEL: Antonio Joaquim de Oliveira (tio mat)  
ENDEREÇO: Sítio Beira - Belem de São Francisco  
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

IFORMES:

- Encaminhado do Hosp de Salgueiro.
- Vítima de acidente de moto com trauma de base. Foi colocada tacaço, mas necessita de outra cirurgia que não é feito no hospital de Salgueiro.
- Vão acompanhando do tio.
- Mãe com esposa + 2 filhas.
- Trabalha como vigia (assalariado).
- Quando solteiro.
- Autismo acompanhante.

Antonio C. N. de Mello  
Assistente Social  
CRESS - 3022

23-02-17

PRÓTESE

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

043-HOF

IRACI  
06/10/17

ASSISTENTE SOCIAL/IDYDPA



Cliente bioMérieux 3182-8500

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS  
Relatório de Microbiologia

Impresso 21/Mar/2017 11:01 GMT-08:00

Nome do Doente: **Valerio Oliveira de Lima**

Local:

ID do Doente:

ID do Laboratório: 201703-880

Rg: 1024201

Médico:

Nº de Isolamento: 1

Quantificação de microrganismos:

Microrganismo Seleccionado: **Enterobacter aerogenes** - **faixa 500.000 UFC / ml de urina**

Origem:

Colhido a:

|             |                                                                                    |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Comentários | AMPICILINA: Execute um método alternativo de teste antes de relatar os resultados. |
|             |                                                                                    |
|             |                                                                                    |

|                              |                                                   |                        |
|------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|
| Informações de Identificação | Hora da Análise: 4,00 Horas                       | Estado: Final          |
| Microrganismo Seleccionado   | 94% Probabilidade<br>Biotipagem: 6637734573177010 | Enterobacter aerogenes |
| Mensagens de Análise da ID   |                                                   |                        |

|                                |     |                              |                |               |               |
|--------------------------------|-----|------------------------------|----------------|---------------|---------------|
| Informações de Sensibilidade   |     | Hora da Análise: 10,25 Horas |                | Estado: Final |               |
| Antibiótico                    | CMi | Interpretação                | Antibiótico    | CMi           | Interpretação |
| BLSE                           |     |                              | Ertapenem      | ≤ 0,5         | S             |
| #Ampicilina                    | 8   | R                            | Meropenem      | 0,5*          | S             |
| +Ticarcilina/Ácido Clavulânico |     | S                            | Amicacina      | ≤ 2           | S             |
| Piperacilina/Tazobactam        | ≤ 4 | S                            | Gentamicina    | ≤ 1           | S             |
| Ceftazidima                    | ≤ 1 | S                            | Ciprofloxacina | ≤ 0,25        | S             |
| Ceftriaxona                    | ≤ 1 | S                            | +Levofloxacina |               | S             |
| Cefepime                       | ≤ 1 | S                            | Tigeciclina    | 1             | S             |

\*= Antibiótico Deduzido \*\*= Modificação do AES \*\*\*= Modificado pelo Utilizador #= Regra de limitação bioART desactivada

|            |                          |
|------------|--------------------------|
| Resultados |                          |
| Confiança: | Consistente com Correção |



ARUANA SEGUROS  
13 JUL 2017



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

| NOME: Valério   |       | ENF.: 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | LEITO: 03 |
|-----------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|
| CLÍNICA: Trauma |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |           |
| DATA            | HORA  | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |
| 16/03/17        |       | Fisioterapia Motora (030205001-9)<br>Realizado atendimento.<br>cd: Mantida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |           |
|                 |       | Carmen L. Carneiro Leão<br>Fisioterapeuta<br>CREATO 5232 F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |           |
| 17/3            |       | # Sessão física<br>12:30 - 13:30h para o Pito<br>- Perda ativa e passiva<br>- 10: 10 soto 50 soto 10 soto<br>10 soto 10 soto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |           |
|                 |       | Dr. Julio Porto<br>Ortopedista<br>CRM-PE 24087                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |           |
| 21/03/17        | 09h15 | Psicologia:<br>Solicitado parecer psicológico (Dr. Julio Porto) em função do estado ansioso do paciente. (Anexo anexa). Paciente tratado e atendido, acompanhado da esposa. Encontra-se no momento sem alterações emocionais. Consciente, orientado, humor normal, calma e discurso coerente a anamnese sentida desde o quadro de estipulação, tendo sido submetido a lavagem intestinal antes da cirurgia na semana anterior. No momento, sem queixas. Relata diminuição da ansiedade. Feito escrita e orientações. Manter o tratamento atual. |  |           |

ARUANA SEGUROS  
13 JUL 2017

003-HGOF





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - CONSENTIMENTO INFORMADO



☒ PACIENTE

☐ RESPONSÁVEL - PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Valério Oliveira de Lima RG: \_\_\_\_\_  
NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
NOME DO MÉDICO: Luís Porto CRM: 24080  
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Correção Cirúrgica Fígado de Ant. Pélvica

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a que será submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, sendo estas, claramente esclarecidas pelo médico. Que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente que poderão ocorrer complicações durante o(s) tratamento(s) assistência clínica ou procedimento, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirmo que recebi explicações de meu médico, compreendi e concordei com tudo que me foi esclarecido.

Declaro também que nada omiti em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração pode fazer parte integrante do prontuário médico.

Recife, 17 de Março de 17

Valério Oliveira de Lima  
Assinatura do Paciente ou Responsável

DECLARAÇÃO MÉDICA

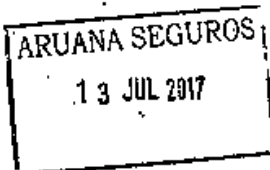
Declaro para os devidos fins, que esclareci o(a) paciente e/ou seu(ua) responsável, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo(a) paciente e/ou responsável e acredito ter sido compreendido.

Recife, 17 de Março de 17

Dr. Luís Porto  
Médico

CRM - PE - 24080

Assinatura, nome legível e carimbo





# HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

|                                                                                                          |  |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA                                                               |  | Nº DO REGISTRO: 1024201      |
| CLÍNICO:                                                                                                 |  | Nº DO LEITO: 14-03           |
| OPERADOR: DR RAUL LINS                                                                                   |  |                              |
| 1º ASSISTENTE: DR RENATO                                                                                 |  | 2º ASSISTENTE: DR PERO/JORGE |
| INSTRUMENTADOR:                                                                                          |  | ANESTESISTA: DRA DIANA       |
| ANESTESISTA: GERAL                                                                                       |  | DURAÇÃO:                     |
| DATA DA OPERAÇÃO: 17/03/2017 INÍCIO: FIM:                                                                |  |                              |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA-LUXAÇÃO DO ANEL PÉLVICO                                              |  |                              |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO                                                                      |  |                              |
| OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DO ANEL PÉLVICO + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO |  |                              |
| OPERAÇÃO REALIZADA: A PROPOSTA                                                                           |  |                              |

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERES
4. PASSAGEM DE PARAFUSO CANULADO VIA ESCÓPIA PARA REDUÇÃO DE SACRO ILÍACA DIREITA
5. ACESSO ANTERIOR + DISSECÇÃO POR PLANOS+ISOLAMENTO DE FUNÍCULOS ESPERMÁTICOS
6. APOSIÇÃO DE DOIS PARAFUSOS 4,5 EM RAMOS PÚBICOS PARA AUXÍLIO EM REDUÇÃO + REALIZADA REDUÇÃO
7. APOSIÇÃO DE PLACA 3,5 EM REGIÃO ANTERIOR E OUTRA EM REGIÃO SUPERIOR DE SINFISE PÚBICA
8. LIMPEZA COM SF0,9%
9. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

|            |                              |
|------------|------------------------------|
| EMPRESA:   | MATERIAL USADO:              |
| ORTOMEDICA | 01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 |
|            | 01 PLACA DCP 3,5             |
|            | 08 PARAFUSOS CORTICAIS       |
|            | 01 PARAFUSO CANULADO 7       |

Dr. Pedro Valério de Lima  
MÉDICO  
CRM/PE 24805



**SES/FUSAM**  
**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS**  
**NOTA DE SALA DO BLOCO CIRÚRGICO DO TRAUMA**

Nome: Salmo Oliveira de Mello Idade: 36 Registro: 1024204  
 Data: 17/03/17 Posto: 1º Acolhida Enferm.: M. Nery Atendimento: 619581  
 Cirurgião: Dr. Raul 2º Auxiliar: Truado Sala: 02  
 Cirurgia: Fratura do fêmur direito  
 Tipo de anestesia: Local ( ) Bloqueio ( ) Peridural ( ) Raquí ( ) Sedação ( ) Geral (x)  
 Anestesista: Dr. Carlos Enf.: Wendell  
 Instrumentador(a): Bruna Firma: Ortomédica Circulante:  
 Hora admissão pact. na SO: M: 00 Hora saída pact. da SO:  
 Início da Anestesia: 11:15 Término: 13:40  
 Início da Cirurgia: M: 40 Término: 13:50  
 Horário de Garroteamento: Inic. Term.  
 Destino do Pact. no POI: SRPA (x) Leito de Origem ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( )

| Desc. Equipe Cirúrgica           |        | Soluções:                     |        | Equipamentos:              |         |
|----------------------------------|--------|-------------------------------|--------|----------------------------|---------|
| Produto                          | Qnt.   | Produto                       | Qnt.   | SIM/NÃO                    |         |
| Gorro                            | 06     | Água Oxigenada                |        | Aparelho Anestesia         | (x) ( ) |
| Máscara                          | 06     | Alcool a 70%                  | ml 200 | Aquecedor                  | ( ) ( ) |
| Propés <u>paros</u>              | 06     | Ácidos Graxos Essenc.         |        | Arco Cirúrgico             | (x) ( ) |
| Touca                            | 02     | Clorexid. 0,05% 2%            | ml 100 | Aspirador Elétrico         | ( ) ( ) |
| <b>Materiais:</b>                |        | Clorexid. Alcool. 4%          |        | Bisturi Elétrico           | (x) ( ) |
| Produto                          | Qnt.   | Pomada                        |        | Bomba de Infusão           | ( ) ( ) |
| Algodão Ortopédico               | 01     | Tintura de Benjoim            |        | Bomba de Seringa           | ( ) ( ) |
| Atadura de Crepe                 | 02     | Xylestesin Gelela             |        | Capnógrafo                 | (x) ( ) |
| Atadura de Gesso                 |        | Xylestesin Spray              |        | Foco Móvel                 | ( ) ( ) |
| Borracha (Latex ou Silicone)     | 1      |                               |        | Garrote Pneumático         | ( ) ( ) |
| Cateter Nasal                    |        | <b>Soros:</b>                 |        | Manta Térmica              | ( ) ( ) |
| Compressa Cirurg.                | NN 10  | Produto                       | Qnt.   | Microscópio                | ( ) ( ) |
| Compressa Cirurg. Coluna         | 10     | Água Dest. 500ml              |        | Monitor Cardíaco           | (x) ( ) |
| Compressa de Gase                |        | Manitol 20% 250ml             |        | Oxímetro                   | (x) ( ) |
| Eletrodos                        | 05     | Manitol 3% 250ml              |        | Torre de Vídeo             | ( ) ( ) |
| Esparrapado                      | PM 100 | SF 0,9% 500ml                 | 05     | Artroscópio                | ( ) ( ) |
| Esparrapado Ant.alerg.           |        | SF 0,9% 250ml                 |        |                            | ( ) ( ) |
| Lâmina de Bisturi Nº 15          | 04     | SF 0,9% 100ml                 |        |                            | ( ) ( ) |
| Lâmina de Bisturi Nº 23          | 01     | SF 0,9% 1000ml                |        | <b>Materiais Especiais</b> |         |
| Luva Cirúrgica Nº 7,0            | 04     | SG 5% 500ml                   |        | Produto                    | Qnt.    |
| Luva Cirúrgica Nº 7,5            | 08     | SG 10% 500ml                  |        | Camisa de Vídeo            |         |
| Luva Cirúrgica Nº 8,0            | 03     | SGF 250ml                     |        | Collatamp                  |         |
| Luva Cirúrgica Nº 8,5            |        | SRL 500ml                     | 01     | Fita Cardíaca              |         |
| Luvras Proced. Estéril           |        |                               |        | <b>ARUANA SEGUROS</b>      |         |
| Luvras Proced. ã Est.            |        |                               |        | 13 JUL 2017                |         |
| Malha Tubular                    |        |                               |        |                            |         |
| Perfusor                         |        | <b>Intubação / Ventilação</b> |        | <b>Gases Medicinais:</b>   |         |
|                                  |        | Produto                       | Qnt.   | SIM/NÃO                    |         |
| <b>Hemostático/Colas Biolog.</b> |        | Sonda Endot. Inf. Nº 215      | 01     | Ar Comprimido              | ( ) ( ) |
| Produto                          | Qnt.   | Sonda Endot. Inf. Nº          |        | CO <sub>2</sub>            | ( ) ( ) |
| Cera Óssea                       |        | Sonda Endot. Ad. Nº           |        | Nitrogênio                 | ( ) ( ) |
| Cotonoides                       |        | Sonda Endot. Ad. Nº           |        | Oxido Nitroso              | ( ) ( ) |
| Esponja Hemostática              |        | Traqueostomo- Nº              |        | Oxigênio                   | (x) ( ) |
|                                  |        |                               |        | Protóxido                  | ( ) ( ) |

SES/FUSAM  
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS



# PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO

IA CLÍNICA: Ortopedia

CLÍNICA: Psicologia

OME DO PACIENTE: Valério Nilton

EXO: M IDADE: 36 COR: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ATEGORIA: \_\_\_\_\_ ANDAR: \_\_\_\_\_

ALA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA OU QUARTO: 14.3

EITO Nº \_\_\_\_\_

REGISTRO Nº 102.920.7

## MOTIVO DA CONSULTA:

Paciente vai fazer o tratamento ortopedico  
na 30 dias. Não apresentou-se nenhuma alteração  
de sua situação

ATA: 15.03.17

Dr. Tullio Porto  
Médico  
CRM - 24090

ARIANA SEGUROS

13 JUL 2017

ASSINATURA DO MÉDICO - CREMEPE

## RELATÓRIO DA CONSULTA

20/03/2017 - Psicologia

Paciente visitado e atendido. Permanecendo do  
módulo. Encontra-se no momento sem alterações  
funcionais. Consciente, orientado, humor não  
deprimido, com boa capacidade de raciocínio e de  
expressão. Sem dificuldade de discurso. Não  
apresenta sintoma de dor. Discurso voltado  
para a constatação de que o quadro de  
dor não faz mais parte da rotina. Não há  
dor nas pernas anteriores. Não há dor  
no estado oníscio. Não há dor  
em outras áreas no momento. Foi  
dada a orientação de manter o paciente em observação.

VERÁ VOLTAR EM: \_\_\_\_\_

DATA: 20.03.17

ASSINATURA DO MÉDICO - CREMEPE



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640  
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemat.

*[Handwritten signature]*

Nº amostra: 20  
ID doente: 1024201  
Nome: VALERIO OLIVEIRA LIMA

Rack: 2  
T III

Posição: 8 09/03/2017 10:00:10 W

143

| SERIE VERMELHA |                            | REFERENCIA  |
|----------------|----------------------------|-------------|
| RBC            | 3.97 [10 <sup>6</sup> /uL] | 4.0 - 5.6   |
| HGB            | 11.2 [g/dL]                | 12.0 - 16.0 |
| HCT            | 32.4 [%]                   | 34 - 48     |
| MCV            | 81.6 [fL]                  | 80 - 98     |
| MCH            | 28.2 [pg]                  | 25 - 32     |
| MCHC           | 34.6 [g/dL]                | 31 - 36     |
| RDW-SD         | 41.0 [fL]                  | 38.6 - 49.1 |
| RDW-CV         | 13.9 [%]                   | 12 - 15     |
| NRBC           | 0.00 [10 <sup>3</sup> /uL] | 0.0 [%]     |

CONTAGEM DE PLAQUETAS

|       |                           |             |
|-------|---------------------------|-------------|
| PLT   | 342 [10 <sup>3</sup> /uL] | 150 - 450   |
| MPV   | 10.2 [fL]                 | 9.0 - 13.0  |
| PDW   | 10.7 [fL]                 | 9.0 - 17.0  |
| P-LCR | 25.6 [%]                  | 13.0 - 43.0 |
| PCT   | 0.35 [%]                  | 0.17 - 0.35 |

SERIE BRANCA

|       |                            |            |
|-------|----------------------------|------------|
| WBC   | 8.67 [10 <sup>3</sup> /uL] | 4.5 - 10.0 |
| IG    | 0.07 [10 <sup>3</sup> /uL] | 0.8 [%]    |
| NEUT  | 6.97 [10 <sup>3</sup> /uL] | 80.5 + [%] |
| LYMPH | 0.98 [10 <sup>3</sup> /uL] | 11.3 [%]   |
| MONO  | 0.54 [10 <sup>3</sup> /uL] | 6.2 [%]    |
| EO    | 0.15 [10 <sup>3</sup> /uL] | 1.7 [%]    |
| BASO  | 0.03 [10 <sup>3</sup> /uL] | 0.3 [%]    |

RBC

PLT

WNR

WDF

WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

00-15 09/03/2017 10:00

1/1



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
Rua Aprigio Guimarães, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640  
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato

26-2

Nº amostra: 66  
ID doente: 1024201

Rack: 7  
T III

Posição: 1 03/03/2017 12:47:39 WB

Nome: VALERIO OLIVEIRA LIMA

| SERIE VERMELHA |                            | REFERENCIA  |
|----------------|----------------------------|-------------|
| RBC            | 3.24 [10 <sup>6</sup> /uL] | 4.0 - 5.6   |
| HGB            | 9.3 [g/dL]                 | 12.0 - 16.0 |
| HCT            | 26.4 [%]                   | 34 - 48     |
| MCV            | 81.5 [fL]                  | 80 - 98     |
| MCH            | 28.7 [pg]                  | 25 - 32     |
| MCHC           | 35.2 [g/dL]                | 31 - 36     |
| RDW-SD         | 39.8 [fL]                  | 38.6 - 49.1 |
| RDW-CV         | 13.7 [%]                   | 12 - 15     |
| BC             | 0.00 [10 <sup>3</sup> /uL] | 0.0 [%]     |

CONTAGEM DE PLAQUETAS

|       |                           |             |
|-------|---------------------------|-------------|
| PLT   | 279 [10 <sup>3</sup> /uL] | 150 - 450   |
| MPV   | 10.9 [fL]                 | 9.0 - 13.0  |
| PDW   | 11.5 [fL]                 | 9.0 - 17.0  |
| P-LCR | 31.0 [%]                  | 13.0 - 43.0 |
| PCT   | 0.30 [%]                  | 0.17 - 0.35 |

SERIE BRANCA

|       |                            |            |
|-------|----------------------------|------------|
| WBC   | 8.83 [10 <sup>3</sup> /uL] | 4.5 - 10.0 |
| IG    | 0.23 [10 <sup>3</sup> /uL] | 2.6 [%]    |
| NEUT  | 6.70 [10 <sup>3</sup> /uL] | 75.9 + [%] |
| LYMPH | 1.17 [10 <sup>3</sup> /uL] | 13.3 - [%] |
| MONO  | 0.78 [10 <sup>3</sup> /uL] | 8.8 [%]    |
| EO    | 0.16 [10 <sup>3</sup> /uL] | 1.8 [%]    |
| BASO  | 0.02 [10 <sup>3</sup> /uL] | 0.2 [%]    |

RBC

PLT

WNR

WDF

11.6"  
73%  
1.20

WBC IP Message  
IG Present

RBC IP Message  
Anemia

PLT IP Message

*[Handwritten signature]*

ARUANA SEGUROS  
13 JUL 2017

00-15 03/03/2017 12:47

1/1



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640  
Fone: (81) 3182-8549

XN series hem

2612

Nº amostra: 63

ID doente: 1024201

Nome: VALERIO OLIVEIRA LIMA

Rack: 6  
TP3

Posição: 8

23/02/2017 11:14:52

SERIE VERMELHA

|        |                            | REFERENCIA  |
|--------|----------------------------|-------------|
| RBC    | 2.76 [10 <sup>6</sup> /uL] | 4.0 - 5.6   |
| HGB    | 8.3 [g/dL]                 | 12.0 - 16.0 |
| HCT    | 22.8 [%]                   | 34 - 48     |
| MCV    | 82.6 [fL]                  | 80 - 98     |
| MCH    | 30.1 [pg]                  | 25 - 32     |
| MCHC   | 36.4 [g/dL]                | 31 - 36     |
| RDW-SD | 40.5 [fL]                  | 38.6 - 49.1 |
| RDW-CV | 13.9 [%]                   | 12 - 15     |
| NRBC   | 0.00 [10 <sup>3</sup> /uL] | 0.0 [%]     |

CONTAGEM DE PLAQUETAS

|       |                           |             |
|-------|---------------------------|-------------|
| PLT   | 162 [10 <sup>3</sup> /uL] | 150 - 450   |
| MPV   | 11.5 [fL]                 | 9.0 - 13.0  |
| PDW   | 13.4 [fL]                 | 9.0 - 17.0  |
| P-LCR | 36.4 [%]                  | 13.0 - 43.0 |
| PCT   | 0.19 [%]                  | 0.17 - 0.35 |

SERIE BRANCA

|       |                             |            |
|-------|-----------------------------|------------|
| WBC   | 11.82 [10 <sup>3</sup> /uL] | 4.5 - 10.0 |
| IG    | 0.27 [10 <sup>3</sup> /uL]  | 2.3 [%]    |
| NEUT  | 9.58 [10 <sup>3</sup> /uL]  | 81.0 [%]   |
| LYMPH | 1.02 [10 <sup>3</sup> /uL]  | 8.6 [%]    |
| MONO  | 1.07 [10 <sup>3</sup> /uL]  | 9.1 [%]    |
| EO    | 0.13 [10 <sup>3</sup> /uL]  | 1.1 [%]    |
| BASO  | 0.02 [10 <sup>3</sup> /uL]  | 0.2 [%]    |

RBC

PLT

WNR

WDF

Bar 6.1  
neut 77.3

|           |      |       |
|-----------|------|-------|
| 2.0 - 7.0 | # 45 | - 75% |
| 1.0 - 4.0 | # 20 | - 40% |
| 0.1 - 1.0 | # 03 | - 10% |
| 0.0 - 0.7 | # 0  | - 7%  |
| 0.0 - 0.2 | # 0  | - 2%  |

WBC IP Message  
Monocytosis  
IG Present

RBC IP Message  
Anemia

PLT IP Message

ARUANA SEGUROS  
13 JUL 2017

neutrofilos

RECEBIDO

00-15 23/02/2017 11:14

1/1



HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS



PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO

DA CLÍNICA: Ortopedia e Traumatologia

A CLÍNICA: Urologia

NOME DO PACIENTE: Valério Oliveira de Lima

SEXO: M

IDADE: \_\_\_\_\_

COR: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

CATEGORIA: \_\_\_\_\_

ANDAR: \_\_\_\_\_

ALA: \_\_\_\_\_

ENFERMARIA OU QUARTO: 26

LEITO Nº 2

REGISTRO Nº 1024201

MOTIVO DA CONSULTA:

Paciente, 36 anos, vítima de acidente de moto, chegou ao serviço com história de fratura de anel, com os ossos para suturar fixados externamente, sem sinais definitivos. No momento, apresenta saída de urina paravertebra pelo orifício ventral externo, mamilo englobado, glândula com urina de coloração hemática. Bolso de urina da uretra.

DATA: 02.03.17

ASSINATURA DO MÉDICO - CREMEPE

RELATÓRIO DA CONSULTA

Paciente com história de espondilite, sem evolução de sintomas, 500 ml 3 dias. Sem urina no bexiga.

Exatidão: Exatidão

Dr. George A. P. Lima  
CRMPE 1473

GEORGE A. P. LIMA  
CRM 24295

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

03.03.17

DEVERÁ VOLTAR Exatidão

DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO - CREMEPE



HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Trauma POTO II



# PEDIDO DE CONSULTA OU PARECER CLÍNICO

A CLÍNICA: Ortopedia

CLÍNICA: Urologia

NOME DO PACIENTE: Valério Oliveira

SEXO: M IDADE: 36 COR:  ESTADO CIVIL:  PROFISSÃO:

CATEGORIA:  ANDAR:  ALA:  ENFERMARIA OU QUARTO: 14.3

REGISTRO Nº 1024207

## MOTIVO DA CONSULTA:

Paciente com fratura de Anel pélvico em uso de SVD, controle da cicatriz e evolução com pneumonia e hematuria(?).

DATA: 10/03/17

ASSINATURA DO MÉDICO-CREMEPE

## RELATÓRIO DA CONSULTA

Paciente admitido dia 06/03/17 (em SVD)

Dr. George P. Sales  
CRM/PE 22496

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017

VERA VOLTAR EM:

DATA: 1 / 1 /

ASSINATURA DO MÉDICO-CREMEPE





**SES**  
**HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

**RESUMO DE ALTA**

|                                |         |           |
|--------------------------------|---------|-----------|
| Nome: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA |         |           |
| Registro: 1024201              | Enf: 13 | Leito: 03 |

|                                                                                      |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| DATA DE ENTRADA: 21/02/2017                                                          | DATA DE SAÍDA: 19/03/17 |
| DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:<br>FRATURA DE ANEL PÉLVICO                                   |                         |
| DIAGNÓSTICO FINAL:<br>O MESMO                                                        |                         |
| EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):<br>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANEL PÉLVICO. |                         |
| DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: QUADRIL<br>PARA CONTROLE EM: 15 DIAS            |                         |
| MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM                                                             |                         |

Dr. Túlio Porto  
Médico  
CRM - PE: 24080

Jorge Ferraz  
Médico  
CRM - PE: 24007

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

ARUANA SEGUROS

13 JUL 2017



**\*\*SES/FUSAM\*\***

**HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Teijó - Recife - PE PABX 31828500

**MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS**

DO SETOR: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:  
AMBULATORIO

NOME DO PACIENTE: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

REGISTRO: 1024201 ALTA HOSPITALAR EM: 05/02/2016

RETORNAR AO AMBULATORIO DE QUADRIL EM: 15 DIAS

MÉDICO:

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 19/03/17 erraz

México  
CRM - 24087

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO - CHEIA DO AMBULATORIO

OBS:

- ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATORIO (1º RETORNO)

**ARUANA SEGUROS**

13 JUL 2017

**SES**

**HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Teijó - Recife - PE PABX 31828500

**RESUMO DE ALTA**

Nome: VALERIO OLIVEIRA DE LIMA

Registro: 1024201 Enf. 13 Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 21/02/2017 DATA DE SAÍDA: 19/03/17

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE ANEL PÉLVICO De João Porto

DIAGNÓSTICO FINAL:

México  
CRM - PE 24080

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANEL PÉLVICO.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATORIO DE: QUADRIL Jorge F. erraz  
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CF

México  
CRM - 24087