



Número: **0008441-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CAROLINA TEMOTEO DE MELO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62936372	03/06/2020 13:32	2724296_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 31ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00084413520208172001

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **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 **CAROLINA TEMOTEO DE MELO**, 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 **14/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 25/11/2019.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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



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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

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

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



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 citação⁶.

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 ação⁷.

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

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

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



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **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 **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CAROLINA TEMOTEO DE MELO**, em curso perante a **31ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00084413520208172001.

Rio de Janeiro, 27 de maio de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0008441-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CAROLINA TEMOTEO DE MELO (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62936373	03/06/2020 13:32	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	05/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00052

CONTA: 000000088064-2

Nr. da Autenticação 988DBEA803155461





Tarifa Social de Energia Elétrica-Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-48 | Insc. Est. 0030943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
PEDRO JORGE CAIXADO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO CAVALARITEZ

CPF 172 149 081-20

CORREIO BRASILEIRO
CARAÍBAS PE
55.260-000

CLIENTE COM
BENEFÍCIO DA
RESIDÊNCIA

UF	CEP	UF	CEP
PE	55260000	PE	55260000
07/11/2019	07/11/2019	07/11/2019	07/11/2019

7003456085	11/2019
14/11/2019	09/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,84

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Consumo de energia	48,000000	0,786250	37,75
Acrescimo Encargos AMARELA			0,70
Acrescimo Encargos VERMELHA			0,54
ICMS Substituição CDE-PE 07/05/2005-04/09/11			0,44
Multa por atraso NF 07/07/2008 - 07/10/19			1,08
Multa por atraso NF 07/07/2008 - 07/10/19			0,14
TOTAL DA FATURA			40,84

DEMONSTRATIVO DE FLUXO DE CASH FLOW	DEMONSTRATIVO DE FLUXO DE CASH FLOW
R\$ DO RECEBIMENTO	R\$ DO PAGAMENTO
07/11/2019	07/11/2019
07/11/2019	07/11/2019

DEMONSTRATIVO DE FLUXO DE CASH FLOW	DEMONSTRATIVO DE FLUXO DE CASH FLOW
R\$ DO RECEBIMENTO	R\$ DO PAGAMENTO
07/11/2019	07/11/2019
07/11/2019	07/11/2019

DEMONSTRATIVO DE FLUXO DE CASH FLOW	DEMONSTRATIVO DE FLUXO DE CASH FLOW
R\$ DO RECEBIMENTO	R\$ DO PAGAMENTO
07/11/2019	07/11/2019
07/11/2019	07/11/2019

DEMONSTRATIVO DE FLUXO DE CASH FLOW	DEMONSTRATIVO DE FLUXO DE CASH FLOW
R\$ DO RECEBIMENTO	R\$ DO PAGAMENTO
07/11/2019	07/11/2019
07/11/2019	07/11/2019



DECLARAÇÃO

Em 14 de Setembro de 2019, a Vítima de Atropelamento, Carolina Temoteo de Melo, 42 anos; DN: 14/12/1977; RG: 5.490.434 SDS – PE; CPF: 023.802.844-58 foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Unidade de Suporte Avançado – USA, da base descentralizada de Garanhuns – PE; Regulado pela Central de Regulação de Caruaru, ID: 0485 e transportada para o Hospital Regional Dom Mora em Garanhuns - PE , conforme registro de atendimento em anexo.

Garanhuns, 21 de Novembro de 2019




MICHELLY CAVALCANTI
Coordenadora SAMU Garanhuns
Matrícula: 90934

Michelly Cavalcanti
Coordenadora-SAMU
Garanhuns-PE
Mat. 90934





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



Médico Regulador 127. Valdir	Rádio Operador de Frota Alan	TARM	Ocorrência
Data 14/09/2019	Hora 20:31	ID 0485	Unidade Móvel USA
Endereço da Ocorrência 127. 424		Nº	Base da Unidade Garanhuns
Ponto de Referência Próximo ao cemitério São Miguel		Bairro Velho Mundo	Município
Nome da Vítima Carolina Tenório de Melo		Idade 41	Sexo ☒ M ☐ F
RG 5.490.434	CPF 023.802.844-58	Data de Nascimento 14/12/1977	
Endereço da Vítima Rua: XV de novembro	Nº 093	Bairro São João	Município Garanhuns
Solicitante / Fone 8 9 8 0 0 0 5 0 0 9 9 0 2 8 1			

Queixas A Tropeçamento	Cartão Nacional de Saúde - SUS					
Comunicação	Saída da Base 20:32	Chegada ao local 20:38	Saída do local 20:46	Chegada ao destino 20:54	Saída do destino 21:30	Chegada à Base 21:36
Transferência (Senha):			Destino:		Hospital:	

Tipo de Agravo:

- ☐ Acidente de trânsito
- ☒ Pedestre
- ☐ Condutor do Veículo
- ☐ Passageiro do Veículo
- ☐ Agressão
- ☐ Clínico
- ☐ Desabamento/Soterramento

- ☐ Eletrocussão
- ☐ FAB
- ☐ FAF
- ☐ Gineco - Obstétrico
- ☐ Lesões térmicas
- ☐ Pediátrico
- ☐ Psiquiátrico

- ☐ Quase Afogamento
- ☐ Queda Metro(s)
- ☐ Queimadura
- ☐ Térmica
- ☐ Química
- ☐ Elétrica
- ☐ Outros:

Antecedentes:

- ☐ AIDS
- ☐ Alcoolismo
- ☐ Alergia
- ☐ AVC
- ☐ Cirurgias Realizadas
- ☐ Convulsões

- ☐ Diabetes
- ☐ Doença Cardíaca
- ☐ Doença infecciosa contagiosa
- ☐ Doença Mental
- ☐ Doença Renal
- ☐ Drogadição

- ☐ Hipertensão Arterial
- ☐ Internamentos anteriores
- ☐ Medicamentos:
- ☐ Problemas Respiratórios
- ☐ Outros:

Exame Clínico:

Principais sintomas/Queixas

- ☐ Agitação/Agressividade
- ☐ Alergia
- ☐ Ausência de Pulso
- ☐ Cianose
- ☐ Convulsão

- ☐ Diarreia
- ☐ Dificuldade Respiratória
- ☒ Dor Local
- ☐ Febre
- ☐ Inconsciente/Desmaio

- ☐ Palidez
- ☐ Sangramento
- ☐ Vômito
- ☐ Outros:

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 Horas ☐ 4 a 6 Horas ☐ Mais de 24 Horas ☐ Não Sabe

Sinais Vitais:

HORA	PA	FC	FR	Temperatura	Glicemia	Saturação O2 %	Escala de Glasgow
	120 X 90	86	16	-	99	98%	15

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea

- ☒ Livre
- ☐ Obstrução Parcial
- ☐ Obstrução Total
- ☐ Corpo Estranho
- ☐ Bronco Aspiração
- ☐ Edema de Glote

Respiração/Vent.

- ☒ Espontânea
- ☐ Parada Respiratória
- ☐ Assintomática
- ☐ Ritmo Irregular

Ausculta

- ☒ Normal
- ☐ Roncos/Sibilos
- ☐ Estertores
- ☐ Diminuição MV
- ☐ Ausência MV

Expansibilidade

- ☒ Normal
- ☐ Superficial
- ☐ Regular
- ☐ Irregular

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outros

Circulação:

Peje: ☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros

Edema: ☒ Ausente ☐ Paiebral ☐ M. Superiores ☐ M. Inferiores ☐ Anasca

Perfusão: ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente

Pulso: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

Ausculta: ☒ Normal ☐ Hipofonese ☐ Arritmia ☐ Sopro ☐ Atrito pericárdio

Michel Cavalcanti
Coordenadora - SAMU
Garanhuns - PE
Mat. 90834





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	Carolma Tenreiro de Melo			Idade:
Situação/Queixa:	- Vítima de atropelamento (SK) - trazida pela USF GUS			

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA ☒	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Pré-existent:	/usu		
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA: 120x90	P: 86	R: 16	T:	SpO2: 98%	HGT: 99	Peso:	Glasgow: 15
------------	-------	-------	----	-----------	---------	-------	-------------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calm
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁCICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:

do: Ortopedista do Dentista

Data: 14/05/19

Bruno R. Rodrigues
Enfermeiro de Trabalho
COREN-PE 385.149

Assinatura/Carimbo



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para: H2 DO AGOSTO

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM:

Data: 15/07/19 Hora: 00:00

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento clínico e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

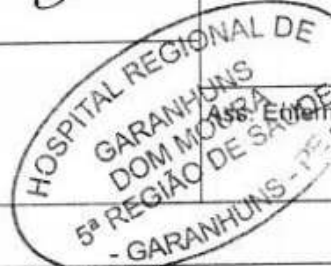
Data: / / Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

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

Data: / / Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____



Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CAROLINA TOMOTED DE MORAIS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

345229

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7107009853009333

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/12/1977

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE FÁTIMA TOMOTED DE MORAIS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Quinze de Novembro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Goianópolis

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

DE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**COMIÇOS DE AMORTURA DORAL, FORMANDO CRATO-CRATURAS EM MAN
MANDIBULAR.**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

CLINICO + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura distal do condilo mandibular.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTENÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

DMT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DMT

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ILMOATO LAMINADO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/09/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

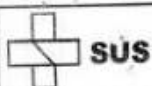
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CARDINAL TOMOTOD DO MOURA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707009853009333

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/12/1977

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

345229

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE FÁTIMA TOMOTOD DO MOURA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Onizete de novembro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Goianópolis

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

DE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

COMISSÃO DE AMPLAÇÃO DE LAUDO, FORMANDO CARTO-CARTO DO MUR
MANO MOURA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

CLÍNICA + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DIAPHRAGMÁTICA DO CÔNITO MORALMOURA.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

29 - CLÍNICA

DMT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ILMOURA CARDOSO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/07/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carolina Ferreira de Melo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

345259

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71071019853009333

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒Fem. ☐

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria de Fátima Timoteo de Melo

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Amizade de Novembro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Garanhuns

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Imobilidade e degraú ósseo em mandíbula

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paciente cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. físico + Ex. - imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura mandíbula

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Integritate fratura complexa mandíbula

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

041040205010**018431801411113**

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ARVALDO BRITO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/09/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO ACESSO DO SIGM) (Nº DO ACESSO DO SIGM)

Amadeu B. M. M. Junior**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

PE - 40 - 004

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO ACESSO DO SIGM) (Nº DO ACESSO DO SIGM)

Dr. Waltenir Soares da Silva**CRM 7169****CPF 7169****CPF 7169****261910406729-4**



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 543159

Prontuário: 345229

Nome: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Data Nasc.: 14/12/1977

Idade: 41

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 02380284458

RG: 5490434

CNS: 707009853009333

Nº: 293

Endereço: RUA QUINZE DE NOVENBRO

Bairro: HELIOPOLIS

Cidade: GARANHUNS

Estado: PE

CEP: 55291762

Fone: 998159595

Profissão: DO LAR

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA TEMOTEO DE MELO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO

Clínica: ODONTOLOGIA C.TRAUM.B.M.F.

Handwritten signature and notes:
L-93
Neuro & Buco

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/09/2019 10:33

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Handwritten text: Paciente com história de queda de moto há 16 horas. Nota episódios de vômitos e perda de consciência. Orientada, consciente, supina, sem trauma visível.

Exame Físico:

Handwritten text: Observa-se edema nos membros superiores, torção do antebraço direito. Um membro limitado na movimentação do membro superior.

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Handwritten text: Fratura bilateral do condilo mandibular.

Prescrição:

Dieta: _____

Horário

Data		Horário
15/09/19	<i>Handwritten text:</i> Paciente visto com limitação de movimentação do membro superior direito, torção do antebraço direito. Um membro limitado na movimentação do membro superior.	
	<i>Handwritten text:</i> CD. @ SOCIEDADE TO FCS.	
	<i>Handwritten text:</i> @ INTERNAMENTO	
	<i>Handwritten text:</i> @ PROSEQUIA	
	<i>Handwritten text:</i> @ ORTODONTIA	





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

15/09/19	#CJBMF#
paciente visto após TC de face, na qual observou-se patologia unilateral de cédula + parassínfise (3). Ao exam. físico nota-se mobilidade de elementos dentários 17, 21 e 22. CP: 1) Oclusão de elementos dentários da distal de dente 12 à distal do dente 24;	
2) Intenções	
3) A seguir da BMF	
Dra. Raíne Tavares Ponte Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial Residente HRA CRO-PE 13614	

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

15/09/2019 10:34:35

2 de 2

Usuario do Atendimento
SIMONESC



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Carolina Temóteo de Melo

Nº Registro: 345259

Clínica: CTBMF

Nº do leito:

Operador: Dr. Arnaldo Brito

1º Assistente: Petros Fernandes - R3

2º Assistente: Joelma Andrade - R2

Instrumentador: Taysnara Andrade - R1

Anestesista: Dr Danilo

Anestesia: GERAL

Duração:

Data da Operação: 23/09/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura complexa de mandíbula (parassinfise mandibular esquerda e côndilo mandibular bilateral)

Diagnóstico Pós-operatório: o mesmo

Operação Proposta: Osteossíntese de Fratura complexa de mandíbula (parassinfise mandibular esquerda + condilo direito)

Operação Realizada: o mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA GERAL;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA LIDOCAÍNA C/V + INSTALAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO;
4. ACESSO RETROMANDIBULAR PARA O CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO: INCISÃO + DIVULSÃO + DESCOLAMENTO + EXPOSIÇÃO DO TRAÇO DE FRATURA;
5. INSTALAÇÃO DE PARAFUSO 01 (UM) PARAFUSO CORTICAL PARA REDUÇÃO DA FRATURA (MANOBRAS DE DACISAR);
6. FIXAÇÃO ÓSSEA COM: 02 (DUAS) PLACAS DE 2.0MM + 05 (SEIS) PARAFUSOS CORTICAIS;
7. ACESSO VESTIBULAR DE REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA: INCISÃO + DIVULSÃO + DESCOLAMENTO + EXPOSIÇÃO DO TRAÇO DE FRATURA;
8. REDUÇÃO DA FRATURA DE PARASSÍNFISE MANDIBULAR ESQUERDA;
9. BLOQUEIO MAXILO-MANDIBULAR (BMM) COM 04 (QUATRO) PARAFUSOS IMF + FIXAÇÃO DA FRATURA COM: 02 (DUAS) PLACAS DO SISTEMA 2.0 MM + 08 (OITO) PARAFUSOS CORTICAIS;
10. REMOÇÃO DE BMM;
11. IRRIGAÇÃO COPIOSA DA FERIDA CIRÚRGICA COM SF 0,9%
12. SUTURA POR PLANOS
13. REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
14. CURATIVO COMPRESSIVO

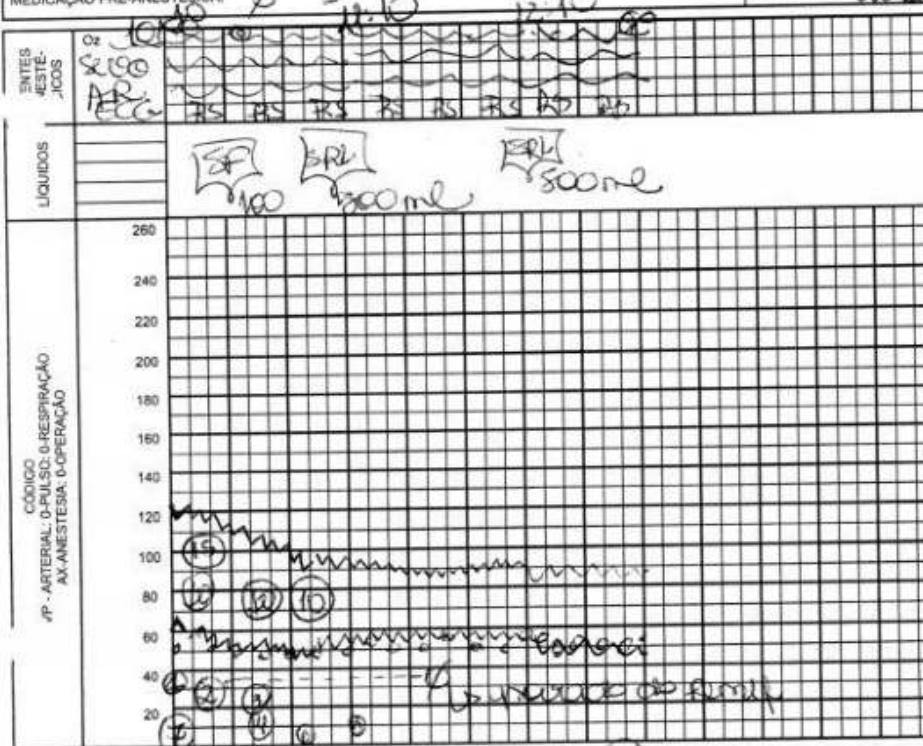
Arnaldo Brito Filho
Cirurgião Buco Maxilo Facial
5963



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: <u>Carolina Fomates de Melo</u>	IDADE: <u>41</u>	SEXO: <u>F</u>	COR: <u>P.</u>
HOSPITAL: <u>HRA</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº PRONTUÁRIO: <u>45229</u>
DATA: <u>23/09/10</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>17x6</u>	PULSO: <u>55bpm</u>	RESPIRAÇÃO: <u>17imp</u>
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS: <u>5,18</u>	HEMOGLOBINA: <u>15</u>	HEMATÓCRITO: <u>43,7</u>
URINA:	GLICEMIA: <u>90</u>	URÉIA: <u>26</u>	ALTURA: <u>1,70</u>
AP RESPIRATÓRIO: <u>NDN</u>	ASMA:	BRONQUITE:	
AP CIRCULATÓRIO: <u>NDN</u>	ELETROCARDIOGRAMA: <u>RS</u>		
AP DIGESTIVO: <u>NDN</u>	DENTES: <u>pres.</u>	PESCOÇO: <u>Extens.</u>	AP. URINÁRIO: <u>-</u>
ESTADO MENTAL: <u>Consc/orient.</u>	ATERÁXICOS:	CORTICÓIDES: <u>-</u>	ALERGIA: <u>Não</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	ANEST. ANTERIORES: <u>-</u>	ESTADO FÍSICO: <u>ASA II</u>	HIPOSENSORES: <u>-</u>
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>o mesmo</u>	APLICADAS AS: <u>10:10</u>	EFEITO: <u>10:20</u>	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:			



INDUÇÃO	
SATISF.: <u>✓</u>	EXCIT.: <u>-</u> TOSSE: <u>-</u>
LARINGO ESPASMO: <u>-</u>	LENTE: <u>-</u>
NÁUSEAS: <u>-</u>	VÔMITOS: <u>-</u>
OUTROS: <u>-</u>	
MANUTENÇÃO	
① <u>Nega comorb</u>	
② <u>Nega alergias</u>	
③ <u>Nega cir ant.</u>	
④ <u>feijum comp p/sa</u>	
ANESTESIA SATISF. SIM <u>-</u> NÃO <u>-</u>	
NÃO POR QUÊ? <u>-</u>	
DESPERTAR	
REFLEXOS NA SO: <u>-</u>	
OBSTR. <u>-</u>	CO <u>-</u> ECIT: <u>-</u>
NÁUSEAS: <u>-</u>	VÔMITOS: <u>-</u>
OUTROS: <u>-</u>	
COM CÂNULA	
PARA O LEITO: SIM <u>-</u>	NÃO <u>-</u>
CONDIÇÕES: <u>-</u>	

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	* ⑨ <u>Ceftriaxone: 2g</u>	* ⑩ <u>Enfetrina: 3mg</u>
POSIÇÃO	* ⑪ <u>Dexametasona: 8mg</u>	* ⑬ <u>Dipruxa: 2g</u>
AGENTES	* ⑫ <u>Benxametasom: 10mg</u>	* ⑭ <u>troxicom: 40mg</u>
TÉCNICA	① <u>Posição Decúbito dorsal (Anest + Cir)</u>	
OPERAÇÃO	② <u>Midazolam: 2mg</u>	
CIRURGIÕES	③ <u>Remifentamil: 15mg</u>	
ANESTESISTAS	④ <u>Propofol: 15mg</u>	
OBSERVAÇÕES	⑤ <u>Retamina: 20mg</u>	
	⑥ <u>Succinilcolina: 10mg</u>	
	⑦ <u>Atropina: 1mg</u>	
	⑧ <u>Neotig: 2mg</u>	
	⑨ <u>Succinilcolina intracut.</u>	
	⑩ <u>Ureia: 26</u>	
	⑪ <u>Glucose: 90</u>	
	⑫ <u>Altura: 1,70</u>	
	⑬ <u>Diagnóstico: Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	
	⑭ <u>Estado Mental: Consc/orient.</u>	
	⑮ <u>Estado Físico: ASA II</u>	
	⑯ <u>Medicação: 10:10, 10:20</u>	
	⑰ <u>Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo</u>	
	⑱ <u>AP CIRCULATÓRIO: NDN</u>	
	⑲ <u>AP DIGESTIVO: NDN</u>	
	⑳ <u>AP RESPIRATÓRIO: NDN</u>	
	㉑ <u>ASMA: -</u>	
	㉒ <u>BRONQUITE: -</u>	
	㉓ <u>ELETROCARDIOGRAMA: RS</u>	
	㉔ <u>DENTES: pres.</u>	
	㉕ <u>ATERÁXICOS: -</u>	
	㉖ <u>PESCOÇO: Extens.</u>	
	㉗ <u>AP. URINÁRIO: -</u>	
	㉘ <u>ALERGIA: Não</u>	
	㉙ <u>HIPOSENSORES: -</u>	
	㉚ <u>GLICEMIA: 90</u>	
	㉛ <u>URÉIA: 26</u>	
	㉜ <u>HEMATÓCRITO: 43,7</u>	
	㉝ <u>HEMOGLOBINA: 15</u>	
	㉞ <u>HEMÁCIAS: 5,18</u>	
	㉟ <u>PRESSÃO ARTERIAL: 17x6</u>	
	㊱ <u>PULSO: 55bpm</u>	
	㊲ <u>RESPIRAÇÃO: 17imp</u>	
	㊳ <u>TEMPERATURA: 36,5</u>	
	㊴ <u>ALTURA: 1,70</u>	
	㊵ <u>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	
	㊶ <u>DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo</u>	
	㊷ <u>ANEST. ANTERIORES: -</u>	
	㊸ <u>APLICADAS AS: 10:10</u>	
	㊹ <u>EFEITO: 10:20</u>	
	㊺ <u>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: -</u>	
	㊻ <u>ESTADO MENTAL: Consc/orient.</u>	
	㊼ <u>ESTADO FÍSICO: ASA II</u>	
	㊽ <u>ASMA: -</u>	
	㊾ <u>BRONQUITE: -</u>	
	㊿ <u>ELETROCARDIOGRAMA: RS</u>	
	㉑ <u>DENTES: pres.</u>	
	㉒ <u>ATERÁXICOS: -</u>	
	㉓ <u>PESCOÇO: Extens.</u>	
	㉔ <u>AP. URINÁRIO: -</u>	
	㉕ <u>ALERGIA: Não</u>	
	㉖ <u>HIPOSENSORES: -</u>	
	㉗ <u>GLICEMIA: 90</u>	
	㉘ <u>URÉIA: 26</u>	
	㉙ <u>HEMATÓCRITO: 43,7</u>	
	㉚ <u>HEMOGLOBINA: 15</u>	
	㉛ <u>HEMÁCIAS: 5,18</u>	
	㉜ <u>PRESSÃO ARTERIAL: 17x6</u>	
	㉝ <u>PULSO: 55bpm</u>	
	㉞ <u>RESPIRAÇÃO: 17imp</u>	
	㉟ <u>TEMPERATURA: 36,5</u>	
	㊱ <u>ALTURA: 1,70</u>	
	㊲ <u>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	
	㊳ <u>DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo</u>	
	㊴ <u>ANEST. ANTERIORES: -</u>	
	㊵ <u>APLICADAS AS: 10:10</u>	
	㊶ <u>EFEITO: 10:20</u>	
	㊷ <u>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: -</u>	
	㊸ <u>ESTADO MENTAL: Consc/orient.</u>	
	㊹ <u>ESTADO FÍSICO: ASA II</u>	
	㊺ <u>ASMA: -</u>	
	㊻ <u>BRONQUITE: -</u>	
	㊼ <u>ELETROCARDIOGRAMA: RS</u>	
	㊽ <u>DENTES: pres.</u>	
	㊾ <u>ATERÁXICOS: -</u>	
	㊿ <u>PESCOÇO: Extens.</u>	
	㉑ <u>AP. URINÁRIO: -</u>	
	㉒ <u>ALERGIA: Não</u>	
	㉓ <u>HIPOSENSORES: -</u>	
	㉔ <u>GLICEMIA: 90</u>	
	㉕ <u>URÉIA: 26</u>	
	㉖ <u>HEMATÓCRITO: 43,7</u>	
	㉗ <u>HEMOGLOBINA: 15</u>	
	㉘ <u>HEMÁCIAS: 5,18</u>	
	㉙ <u>PRESSÃO ARTERIAL: 17x6</u>	
	㉚ <u>PULSO: 55bpm</u>	
	㉛ <u>RESPIRAÇÃO: 17imp</u>	
	㉜ <u>TEMPERATURA: 36,5</u>	
	㉝ <u>ALTURA: 1,70</u>	
	㉞ <u>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	
	㉟ <u>DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo</u>	
	㊱ <u>ANEST. ANTERIORES: -</u>	
	㊲ <u>APLICADAS AS: 10:10</u>	
	㊳ <u>EFEITO: 10:20</u>	
	㊴ <u>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: -</u>	
	㊵ <u>ESTADO MENTAL: Consc/orient.</u>	
	㊶ <u>ESTADO FÍSICO: ASA II</u>	
	㊷ <u>ASMA: -</u>	
	㊸ <u>BRONQUITE: -</u>	
	㊹ <u>ELETROCARDIOGRAMA: RS</u>	
	㊺ <u>DENTES: pres.</u>	
	㊻ <u>ATERÁXICOS: -</u>	
	㊼ <u>PESCOÇO: Extens.</u>	
	㊽ <u>AP. URINÁRIO: -</u>	
	㊾ <u>ALERGIA: Não</u>	
	㊿ <u>HIPOSENSORES: -</u>	
	㉑ <u>GLICEMIA: 90</u>	
	㉒ <u>URÉIA: 26</u>	
	㉓ <u>HEMATÓCRITO: 43,7</u>	
	㉔ <u>HEMOGLOBINA: 15</u>	
	㉕ <u>HEMÁCIAS: 5,18</u>	
	㉖ <u>PRESSÃO ARTERIAL: 17x6</u>	
	㉗ <u>PULSO: 55bpm</u>	
	㉘ <u>RESPIRAÇÃO: 17imp</u>	
	㉙ <u>TEMPERATURA: 36,5</u>	
	㉚ <u>ALTURA: 1,70</u>	
	㉛ <u>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	
	㉜ <u>DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo</u>	
	㉝ <u>ANEST. ANTERIORES: -</u>	
	㉞ <u>APLICADAS AS: 10:10</u>	
	㉟ <u>EFEITO: 10:20</u>	
	㊱ <u>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: -</u>	
	㊲ <u>ESTADO MENTAL: Consc/orient.</u>	
	㊳ <u>ESTADO FÍSICO: ASA II</u>	
	㊴ <u>ASMA: -</u>	
	㊵ <u>BRONQUITE: -</u>	
	㊶ <u>ELETROCARDIOGRAMA: RS</u>	
	㊷ <u>DENTES: pres.</u>	
	㊸ <u>ATERÁXICOS: -</u>	
	㊹ <u>PESCOÇO: Extens.</u>	
	㊺ <u>AP. URINÁRIO: -</u>	
	㊻ <u>ALERGIA: Não</u>	
	㊼ <u>HIPOSENSORES: -</u>	
	㊽ <u>GLICEMIA: 90</u>	
	㊾ <u>URÉIA: 26</u>	
	㊿ <u>HEMATÓCRITO: 43,7</u>	
	㉑ <u>HEMOGLOBINA: 15</u>	
	㉒ <u>HEMÁCIAS: 5,18</u>	
	㉓ <u>PRESSÃO ARTERIAL: 17x6</u>	
	㉔ <u>PULSO: 55bpm</u>	
	㉕ <u>RESPIRAÇÃO: 17imp</u>	
	㉖ <u>TEMPERATURA: 36,5</u>	
	㉗ <u>ALTURA: 1,70</u>	
	㉘ <u>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	
	㉙ <u>DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo</u>	
	㉚ <u>ANEST. ANTERIORES: -</u>	
	㉛ <u>APLICADAS AS: 10:10</u>	
	㉜ <u>EFEITO: 10:20</u>	
	㉝ <u>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: -</u>	
	㉞ <u>ESTADO MENTAL: Consc/orient.</u>	
	㉟ <u>ESTADO FÍSICO: ASA II</u>	
	㊱ <u>ASMA: -</u>	
	㊲ <u>BRONQUITE: -</u>	
	㊳ <u>ELETROCARDIOGRAMA: RS</u>	
	㊴ <u>DENTES: pres.</u>	
	㊵ <u>ATERÁXICOS: -</u>	
	㊶ <u>PESCOÇO: Extens.</u>	
	㊷ <u>AP. URINÁRIO: -</u>	
	㊸ <u>ALERGIA: Não</u>	
	㊹ <u>HIPOSENSORES: -</u>	
	㊺ <u>GLICEMIA: 90</u>	
	㊻ <u>URÉIA: 26</u>	
	㊼ <u>HEMATÓCRITO: 43,7</u>	
	㊽ <u>HEMOGLOBINA: 15</u>	
	㊾ <u>HEMÁCIAS: 5,18</u>	
	㊿ <u>PRESSÃO ARTERIAL: 17x6</u>	
	㉑ <u>PULSO: 55bpm</u>	
	㉒ <u>RESPIRAÇÃO: 17imp</u>	
	㉓ <u>TEMPERATURA: 36,5</u>	
	㉔ <u>ALTURA: 1,70</u>	
	㉕ <u>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	
	㉖ <u>DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo</u>	
	㉗ <u>ANEST. ANTERIORES: -</u>	
	㉘ <u>APLICADAS AS: 10:10</u>	
	㉙ <u>EFEITO: 10:20</u>	
	㉚ <u>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: -</u>	
	㉛ <u>ESTADO MENTAL: Consc/orient.</u>	
	㉜ <u>ESTADO FÍSICO: ASA II</u>	
	㉝ <u>ASMA: -</u>	
	㉞ <u>BRONQUITE: -</u>	
	㉟ <u>ELETROCARDIOGRAMA: RS</u>	
	㊱ <u>DENTES: pres.</u>	
	㊲ <u>ATERÁXICOS: -</u>	
	㊳ <u>PESCOÇO: Extens.</u>	
	㊴ <u>AP. URINÁRIO: -</u>	
	㊵ <u>ALERGIA: Não</u>	
	㊶ <u>HIPOSENSORES: -</u>	
	㊷ <u>GLICEMIA: 90</u>	
	㊸ <u>URÉIA: 26</u>	
	㊹ <u>HEMATÓCRITO: 43,7</u>	
	㊺ <u>HEMOGLOBINA: 15</u>	
	㊻ <u>HEMÁCIAS: 5,18</u>	
	㊼ <u>PRESSÃO ARTERIAL: 17x6</u>	
	㊽ <u>PULSO: 55bpm</u>	
	㊾ <u>RESPIRAÇÃO: 17imp</u>	
	㊿ <u>TEMPERATURA: 36,5</u>	
	㉑ <u>ALTURA: 1,70</u>	
	㉒ <u>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	
	㉓ <u>DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo</u>	
	㉔ <u>ANEST. ANTERIORES: -</u>	
	㉕ <u>APLICADAS AS: 10:10</u>	
	㉖ <u>EFEITO: 10:20</u>	
	㉗ <u>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: -</u>	
	㉘ <u>ESTADO MENTAL: Consc/orient.</u>	
	㉙ <u>ESTADO FÍSICO: ASA II</u>	
	㉚ <u>ASMA: -</u>	
	㉛ <u>BRONQUITE: -</u>	
	㉜ <u>ELETROCARDIOGRAMA: RS</u>	
	㉝ <u>DENTES: pres.</u>	
	㉞ <u>ATERÁXICOS: -</u>	
	㉟ <u>PESCOÇO: Extens.</u>	
	㊱ <u>AP. URINÁRIO: -</u>	
	㊲ <u>ALERGIA: Não</u>	
	㊳ <u>HIPOSENSORES: -</u>	
	㊴ <u>GLICEMIA: 90</u>	
	㊵ <u>URÉIA: 26</u>	
	㊶ <u>HEMATÓCRITO: 43,7</u>	
	㊷ <u>HEMOGLOBINA: 15</u>	
	㊸ <u>HEMÁCIAS: 5,18</u>	
	㊹ <u>PRESSÃO ARTERIAL: 17x6</u>	
	㊺ <u>PULSO: 55bpm</u>	
	㊻ <u>RESPIRAÇÃO: 17imp</u>	
	㊼ <u>TEMPERATURA: 36,5</u>	
	㊽ <u>ALTURA: 1,70</u>	
	㊾ <u>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	
	㊿ <u>DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo</u>	
	㉑ <u>ANEST. ANTERIORES: -</u>	
	㉒ <u>APLICADAS AS: 10:10</u>	
	㉓ <u>EFEITO: 10:20</u>	
	㉔ <u>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: -</u>	
	㉕ <u>ESTADO MENTAL: Consc/orient.</u>	
	㉖ <u>ESTADO FÍSICO: ASA II</u>	
	㉗ <u>ASMA: -</u>	
	㉘ <u>BRONQUITE: -</u>	
	㉙ <u>ELETROCARDIOGRAMA: RS</u>	
	㉚ <u>DENTES: pres.</u>	
	㉛ <u>ATERÁXICOS: -</u>	
	㉜ <u>PESCOÇO: Extens.</u>	
	㉝ <u>AP. URINÁRIO: -</u>	
	㉞ <u>ALERGIA: Não</u>	
	㉟ <u>HIPOSENSORES: -</u>	
	㊱ <u>GLICEMIA: 90</u>	
	㊲ <u>URÉIA: 26</u>	
	㊳ <u>HEMATÓCRITO: 43,7</u>	
	㊴ <u>HEMOGLOBINA: 15</u>	
	㊵ <u>HEMÁCIAS: 5,18</u>	
	㊶ <u>PRESSÃO ARTERIAL: 17x6</u>	
	㊷ <u>PULSO: 55bpm</u>	
	㊸ <u>RESPIRAÇÃO: 17imp</u>	
	㊹ <u>TEMPERATURA: 36,5</u>	
	㊺ <u>ALTURA: 1,70</u>	
	㊻ <u>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract. Bilat. de condilo Mandibular</u>	
	㊼ <u>DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo</u>	
	㊽ <u>ANEST. ANTERIORES: -</u>	
	㊾ <u>APLICADAS AS: 10:10</u>	
	㊿ <u>EFEITO: 10:20</u>	
	㉑ <u>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: -</u>	
	㉒ <u>ESTADO MENTAL: Consc/orient.</u>	
	㉓ <u>ESTADO FÍSICO: ASA II</u>	
	㉔ <u>ASMA: -</u>	

* Manejo anestésico: Check-list; Monitorização; paciente em decúbito dorsal; acesso venoso periférico (gêlco nº 18) perfuso; pré-oxigenação por 5 min; indução anestésica em AVF; ventilação sob máscara facial adequada; passagem do tubo orotraqueal nº 6,5 com cuff em sonda nasal (canal nasal direito) após lubrificação e uso de vasodilatador e lidocaína em náreis e tubo laringoscopia com lâmina nº 4,0; Direcionament do tubo com auxílio da pinça maxilar até a glote do paciente; sem interferências ou outras alterações; VMI em modo VC; VC: 425ml; FR: 14 ipm; PEEP: 5; Interrupção do remifentanil após 1h 30 min de cirurgia, devido à hipotensão persistente.

#Obs:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Cal 35630

BLOCO CIRÚRGICO							
PACIENTE: <u>Parolina Temoteu de Lima</u>				REGISTRO Nº <u>34</u>			
SALA CIRÚRGICA Nº <u>04</u>				DATA <u>23.09.19</u>			
CIRURGIÃO: <u>Ernesto complexa mandela</u>				CIRURGIÃO: <u>Wladimir Brito</u>			
ANESTESIA: <u>geral + local</u>				ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Ximenes</u>			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
08	Oxigênio			04	Aguha Descartável	15	
04	Água Destilada	M			Aguha para Pendura		
03	Atropina	M			Aguha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
02	Cefazolina 1g			03	Atadura Crepom	M	
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização	M	
01	Lidocaina			01	Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
04	Neostigmina	M			Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			01	Fio de Aço	1.0	1
02	Ringer co Lactato	F			Fio de Algodão		
04	Soro Fisiológico 200ml	M		02	Fio de Nylon	2.0/30	F
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			08	Gase 7,5x7,5	13	15
02	Tenoxicam 2mg			01	Lâmina de Bisturi		
01	Propofol	M		01	Luvas Estéreis 7,0		
	Fentanyl				Luvas Estéreis 7,5		
	ambuflor				Luvas Estéreis 8,0		
01	Dominol			02	Seringa 5ml	F	
01	ambuflor			04	Seringa 10ml	M	
01	ambuflor			02	Seringa 20ml	M	
01	ambuflor				Sonda de Foiev		
01	ambuflor			01	Sonda Endotraqueal 7,5	artimodo	
					Sonda Nasogástrica		
				01	Sonda Uretal	14	
				01	Tubo para Aspiração		
				01	capa de tudo		
					compressos	15	F
				05	compressos		
				02	compressos	3.0	F
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Arnaldo Brito Filho
 Cirurgião Bucal Maxilo Facial
 Assinatura do Cirurgião

Julia Maria
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 5317

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME:	Carolina Teófilo de Melo			PRONTUÁRIO:	343254
DATA:	23/09/2019	SEXO:	M ☐ F ☒	IDADE:	
PROCEDIMENTO REALIZADO:		NASCIMENTO:			

Índice Aldrete Kroulik	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
10	2	2	2	2	2	S.O.							✓
						15 min.							
						30 min.							
10	2	2	2	2	2	60 min.							2
						2h							
						3h							

RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO	
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR 1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA 0 CIANÓTICO		2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO	
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO	ATIVIDADE MUSCULAR	CONSCIÊNCIA	
0 SpO ₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O ₂ 1 PRECISA RECEBER O ₂ PARA SpO ₂ > 90% 2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE	2 APTO MOVER 4 EXT 1 APTO MOVER 2 EXT 0 APTO MOVER 1 EXT	2 DESPERTO TOTALMENTE 1 DESPERTO AO CHAMAR 0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO	

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

Plt a q
cd c/ta SRPA

Dr. Anderson Trigueiro
Anestesiologista
CRM 18716

Carimbo e assinatura:





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE



S- 5771445

Unidade de Saúde HE DOM. NOVA		Município GARANHUNS	Região de Saúde ↓		
Nome do Paciente CAROLINA TENOTED MELO					
Quadro Clínico PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTA LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E DOE					
Diagnóstico FRATURA MANDIBULAR					
1ª REMOÇÃO	Destino HE DO AGRESTE		Município CARUARU	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado) SOLICITO AUXÍLIO E LAUDO PELA CIRURGIA BUCOFACIAL				
2ª REMOÇÃO	Assinatura do Responsável  Dr. João Araújo Teixeira Cirurgião - Dentista CRO/PE - 0880		Nº do C.R.M. 3880	Data 15.09.19	
	Destino		Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)				
	Assinatura do Responsável				
3ª REMOÇÃO	Destino		Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)				
	Assinatura do Responsável				
	Destino		Município	H. de Saída	H. de Chegada
4ª REMOÇÃO	Destino		Município	H. de Saída	H. de Chegada
	Motivo (Registro detalhado)				
	Assinatura do Responsável				
	Destino		Município	H. de Saída	H. de Chegada
Unidade prestadora do atendimento		Município	H. de Saída	H. de Chegada	
Especificação do Atendimento Prestado					
Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.	Data		



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Caroline Tenentes de Melo

Prontuário: 345259

Data: 15 / 09 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de côndilo mandibular (B) + parotidite (E)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório de Dr. Sinton Vieira, no
dia 07/10/19 às 07:00 horas com antecedência
e levar todos os exames

TRATAMENTO REALIZADO:

Intesminstere de potassa complexa de mandibula

Alta Hospitalar: Data: 24 / 09 / 19

Hora: 08:00

Dra. Kaiane Tavares Pontes
Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial
Residente HRA
CRO/PE 13614

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL		REQUERENTE SERIAL 5.490.434	DATA DE EXPEDIÇÃO 03/06/2017
EC-7		NOME << CAROLINA TEMOTEO DE MELO >>	
FILIAÇÃO << MARLISAN PELO DE MELO >> << MARIA DE FÁTIMA TEMOTEO DE MELO >>		DATA DE NASCIMENTO 14/12/1977	
NATURALIDADE GARANHUNS - PE		DOC ORIGEM << 074328 01 55 1998 2 00076 171 0008398 70 GARANHUNS-PE >>	
023.802.844-58		LSEN Nº 7.116 DE 29/05/03	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		F-76-22.638	

CO... PREVIDÊNCIA SIA
14 JAN 2020
COLO
IA RECIFE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022598 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 06 17 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022598 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 06 17 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019292/20

Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

CPF: 023.802.844-58

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CAROLINA TEMOTEO DE MELO : 023.802.844-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: CAROLINA TEMOTEO DE MELO
CPF: 023.802.844-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

CAROLINA TEMOTEO DE MELO

JONATAN BARBOSA DE BARROS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 023.802.844-58 4 - Nome completo da vítima: Carolina Temoteo de Melo

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

5 - Nome completo: Carolina Temoteo de Melo 6 - CPF: 023.802.844-58

7 - Profissão: recusou-se 8 - Endereço: Rua Rui Carvalcanti 9 - Número: 45 10 - Complemento:

11 - Bairro: Cohab 12 - Cidade: Garanhuns 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55290-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 9258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

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

AGÊNCIA: 0052 CONTA: 88064-2 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Carolina T. de Melo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPC Nº1 V002/2019





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022598

Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15367520

Pag. 01779/01780 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022598

Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00401/00402 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022598

Vítima: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAROLINA TEMOTEO DE MELO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Recebedor: CAROLINA TEMOTEO DE MELO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000052

Conta: 0000088064-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

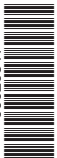
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01093/01094 - carta_15R - INVALIDEZ

00020547



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 023 80284458 4 - Nome completo da vítima: Carolina Tomélio de Melo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo: Carolina Tomélio de Melo 6 - CPF: 023 80284458

7 - Profissão: Jéssica - de Rua 8 - Endereço: Rua Rui Cavalcanti 9 - Número: 45 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Taboão 12 - Cidade: Garanhuns 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55290-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 336684814

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0052 CONTA: 68064 2

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - _____

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Garanhuns - PE, 13-12-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Carolina S. de Melo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135-CRC DINTER/18º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0225002296



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/11/2019 às 09:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 14/9/2019 às 19:10

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GARANHUNS, 1, BR-424 PRÓXIMO A JATÓBA REFRIGERANTE - Bairro: BOA VISTA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ACIDENTE);
CAROLINA TEMÓTEO DE MELO (VÍTIMA);

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

CAROLINA TEMÓTEO DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nome: MARIA DE FÁTIMA TEMÓTEO DE MELO Mãe: MARUSAN PELO DE MELO Data de Nascimento: 14/12/1977 Naturalidade: GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 6460434/506/PE (RG), 02300264455 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Grau de Instrução: 2º GRAU COMPLETO Profissão: AUTÔNOMO(A) Telefone Celular: - 87898158505

Endereço Residência: **RUA RUY CAVALCANTE, 40 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Classe/Modelo: **MOTOCICLETA NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO**
Qualidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ESTAVA ATRAVESSANDO A BR-424, NO BAIRRO DO MUNDAU-GARANHUNS-PE, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE PLACA, MARCA E MODELO NÃO ANOTADA, POIS O MESMO NÃO PAROU E NÃO SOCORREU A VÍTIMA E NEM PARA PEDIR SOCORRO, TENDO A VÍTIMA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU DEPOIS DE MUITO TEMPO, TENDO EM VISTA A DIFICULDADE DA VÍTIMA SE LOCOMOVER E PEDIR AJUDA, TENDO SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA A QUAL DEU ENTRADA COM O PRÓTOUÁRIO DE Nº906461, DATADO DE 14/09/2019, ÀS 20:58HS

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

Carolina Temoteo de Melo
CAROLINA TEMÓTEO DE MELO
(VÍTIMA)

H.O. registrado por: **BRAYTON LIVANI VIANA PASSOS - Matrícula: 220322-0**



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 023 80284458 4 - Nome completo da vítima: Carolina Tomélio de Melo

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

5 - Nome completo: Carolina Tomélio de Melo 6 - CPF: 023 80284458
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Rui Cavalcanti 9 - Número: 45 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: Garanhuns 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55290-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 336684814

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)
AGÊNCIA: 0052 CONTA: 68064 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Garanhuns - PE, 13-12-2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

