



Número: **0015566-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AMALIA ROSANE CONCEICAO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59495938	19/03/2020 11:02	Petição Inicial	Petição Inicial
59495939	19/03/2020 11:02	AMALIA ROSANE CONCEIÇÃO (1)	Outros (Documento)
59495942	19/03/2020 11:02	AMALIA ROSANE CONCEIÇÃO (2)	Outros (Documento)
59686619	24/03/2020 07:47	Despacho	Despacho
60109374	01/04/2020 11:49	Intimação	Intimação

EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE - PE.

AMALIA ROSANE CONCEIÇÃO, brasileiro(a), casado(a), do lar, com RG sob o nº 1074925916 RS e CPF nº 725.534.560-34 (doc. 01), residente e domiciliado(a) na Rua Lagoa do Ouro, nº 16, Amalia Rosane Conceição-Manjope, Cruz de Rebouças, Igarassu/PE, CEP: 53600-000 e sem endereço eletrônico (parágrafo 2º do Art. 319 do NCPC), vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por seu advogado infra-assinado, com endereço profissional constante no instrumento procuratório em anexo (doc. 02) e com endereço eletrônico paulocastor.adv@gmail.com, com fulcro no artigo 3º, alínea "b", da Lei 6.194/74, com as alterações advindas da Lei nº 8.441/92, MP 340/06, confirmadas posteriormente pelo art. 8º da Lei nº 11.482/07, assim como da MP 451/08, convertida na Lei nº 11.945/09, caput do Art. 7º da Lei nº 8.441/92, parágrafo 4º do Art. 46 do NCPC, Súmula 540 do STJ e nos demais dispositivos legais que regem a matéria, promover

**AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT
(RITO ORDINÁRIO)**

Contra a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, inscrita no CNPJ n. 09.248.608/0001-04, situada à Rua Senador Dantas, 74 – 5º Andar - Centro – Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20031-205, com endereço eletrônico faleconosco@seguradoralider.com.br e **ARUANA SEGUROS S/A**, inscrita no CNPJ n. 07.017.295/0001-58, situada à Av. Dantas Barreto, nº 507, salas 1214/1215, Santo Antonio, Recife/PE, CEP 50.010-921, com endereço eletrônico contato@aruanaseguradora.com.br

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Inicialmente, o(a) Demandante afirma que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual faz jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do artigo 4º da Lei 1060/50, com redação introduzida pela Lei 7510/86, consoante declaração em anexo (doc. 03).

DO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Há de ser ressaltado que foi protocolado requerimento, para recebimento da aludida indenização, junto às seguradoras Demandadas, entretanto, as mesmas informaram (doc. 05) que estavam impossibilitadas de atender ao pleito administrativo, tendo em vista que as sequelas apresentadas não seriam indenizáveis pelo Consórcio do Seguro Dpvat, quando na realidade, o laudo médico informa expressamente que o Demandante adquiriu Debilidade Permanente por



TCE e dos movimentos do membro superior esquerdo, em virtude do sinistro, o que está impedindo o mesmo de receber os valores que lhes são devidos de direito.

DOS FATOS

01. Em primeiro momento, vem o causídico que esta subscreve, declarar e atestar a autenticidade dos documentos acostados à exordial, tudo de acordo com o que preceitua o art. 405 do NCPC.

02. Amalia Rosane Conceição, ora Demandante, foi vítima de acidente de veículo automotor, em 17/08/2017, conforme prova a inclusa certidão de ocorrência policial (doc. 04), sendo que o aludido sinistro o(a) deixou com debilidade permanente por TCE e dos movimentos do membro superior esquerdo, consoante ratifica o laudo médico (doc. 05).

03. No tocante ao valor a ser pago, a Lei nº 6.194/74, com as alterações advindas da MP 340/06, confirmadas posteriormente pelo art. 8º da Lei nº 11.482/07, que regulamenta o referido seguro, prevê em seu art. 3º, alínea “b”, que o valor da indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE** é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

04. Todavia, de acordo com as alterações promovidas pelos artigos 19º a 21º da MP 451/08, convertida na Lei nº 11.945/09, em seus artigos 30º a 32º, a invalidez permanente passou a ser classificada como total ou parcial, devendo-se o pagamento da indenização utilizar como parâmetro o critério dos percentuais previstos na Tabela de Danos Pessoais para cada situação.

05. Como no laudo médico, restou ali concluído que o(a) Demandante adquiriu “**Debilidade Permanente por TCE e dos movimentos do membro superior esquerdo**”, deverá ser aplicado o percentual de **100% (cem por cento) e 70% (setenta por cento)** respectivamente, consoante prevê a Tabela já acima citada, sobre o valor total de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme cálculo abaixo.

R\$ 13.500,00 (indenização máxima) x 100% (TCE) = R\$ 13.500,00

R\$ 13.500,00 (indenização máxima) x 70% (Membro Superior) = R\$ 9.450,00

DO DIREITO:

06. Outrossim, convém trazer a baila, demonstração da mais pacífica jurisprudência a respeito da pretensão em comento. Senão vejamos:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APELAÇÃO CÍVEL 6208/96 - Reg. 3628-3 Cod. 96.001.06208 TERCEIRA CÂMARA - Unânime Juiz: ANTÔNIO JOSÉ A. PINTO - Julg: 19/09/96 COBRANÇA. QUANTIAS INDENIZATORIAS. SEGURO DPVAT. Ação de cobrança de quantias indenizatorias a título de seguro obrigatório - DPVAT. Pedido indenizatorio que se fez correto, de acordo com a Lei 6194/74, modificada pela Lei 8441/92. Responsabilidade da seguradora ora apelada, que, inclusive, não nega o dever de indenizar a



autora, apenas, divergindo quanto ao valor cobrado. A existência do consórcio de empresas seguradoras tornou possível reclamar-se a indenização de qualquer uma das empresas conveniadas. Apelo da ré que se dá provimento para reformar a sentença de primeiro grau.

07. No que concerne ao posicionamento do **Superior Tribunal de Justiça**, há de ser posto o seguinte:

Acórdão STJ

RESP 296675/SP; RECURSO ESPECIAL

2000/0142166-2

Fonte

DJ DATA:23/09/2002 PG:00367

Relator

Min. ALDIR PASSARINHO JÚNIOR (1110)

Ementa

CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO(DPVAT). VALOR QUANTIFICADO EM SALÁRIOS MÍNIMOS. INDENIZAÇÃO LEGAL. CRITÉRIO. VALIDADE. LEI N.6.194/74. RECIBO. QUITAÇÃO. SALDO REMANESCENTE.

I. O valor da cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (DPVAT) é de quarenta salários mínimos, assim fixado consoante critério legal específico, não se confundindo com índice de reajuste e, destarte, não havendo incompatibilidade entre a norma especial da Lei n.6.194/74 e aquelas que vedam o uso do salário mínimo como parâmetro de correção monetária. Precedente da 2ª Seção do STJ (Resp nº 146.186/RJ, Rel. p/ Acórdão Min. Aldir Passarinho Júnior, por maioria, julgado em 12.12.2001).

II. O recibo dado pelo beneficiário do seguro em relação à indenização paga a menor não o inibe de reivindicar, em juízo, a diferença em relação ao montante que lhe cabe de conformidade com a lei que rege a espécie.(grifos nossos)

III. Recurso especial conhecido e provido.

Data da Decisão

20/08/2002

Órgão Julgador

T4 – Quarta Turma

Decisão:Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas. Decide a Quarta Turma do STJ, à unanimidade, conhecer do recurso e dar-lhe provimento, na forma do relatório e notas taquigráficas constantes dos autos, que ficam fazendo parte integrante do presente julgado. Participaram do julgamento os Srs.M inistros Barros Monteiro e Ruy Rosado de Aguiar. Ausentes, ocasionalmente, os Srs. Ministros Sálvio de Figueiredo Teixeira e César Asfor Rocha.

08. Assim sendo, não resta outra alternativa ao(à) autor(a), senão ingressar com a presente ação, afim de receber o valor correspondente ao seguro DPVAT, calculados com base no valor da data da efetiva liquidação.

DOS PEDIDOS:



Diante de todo o exposto, requer o(a) Demandante que Vossa Excelência se digne em:

- a) Autorizar os benefícios da **assistência judiciária gratuita**, consoante Lei Federal n. 1.060/50 por ser o(a) Demandante pobre na acepção jurídica do termo, conforme declaração inclusa;
- b) Acatar o pleito do(a) Demandante para a não realização da audiência de conciliação prévia/mediação, nos termos do parágrafo 5º do Art. 334, uma vez que nesta matéria, as Demandadas não apresentam proposta de acordo.
- c) Determinar as citações das empresas Demandadas para que, no prazo de 15 (quinze) dias úteis (Art. 335 do NCPC), ofertem resposta aos termos da ação, sob pena de revelia e confissão quanto à matéria fática (Art. 344 do NCPC);
- d) Por economia processual e, também em razão do objeto da ação, nomear o perito médico de confiança deste Juízo ou participante do Convênio do Tribunal de Justiça deste Estado, para a avaliação e apuração do grau de invalidez do(a) Demandante em data/local/hora a serem designados por este Juízo;
- e) **JULGAR PROCEDENTE** a presente demanda em todos os seus termos, com a condenação das Demandadas no pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, no importe de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, com o acréscimo de juros legais a partir da citação (Súmula 426 do STJ) e correção monetária, pela Tabela ENCOGE, a partir do evento danoso, qual seja, 17/08/2017 (data do sinistro) (Súmula 580 do STJ);
- f) Condenar as Demandadas ao pagamento dos **honorários advocatícios** no importe de **20% (vinte por cento)** sobre o valor da causa;

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente pelos documentos que acompanham a inicial.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Pede e espera deferimento.

Recife, 20 de fevereiro de 2020.

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR
OAB/PE Nº 20.832





ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020 14:04:16

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020 14:04:16

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020 14:04:16

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020 14:04:16

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020 14:04:16

05.802.494/0001-4.
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 ABR 2018

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



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
AMALTA ROSANE CONCEICAO

Nº de Inscrição
725834536-34

Data de Nascimento
18/01/88

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e exigível por qualquer parte nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Amalia Rosane Conceicao

AMALTA ROSANE CONCEICAO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emissão em - 09/01/94

14:04:16 14:04:16

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020

14:04:16 14:04:16

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020

14:04:16 14:04:16

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020

14:04:16 14:04:16

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020

ASL-0135947/18
stefany.veloso.pd.202
2
18/02/2020

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETONA
DE SEGUROS LTDA
17 ABR. 2016
Rua da Aurora, Nº 175, SL 900 BL. C
Rua Vitor - CEP-50.060-010
SIPNET-PT



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo 8 nº 1421499956

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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



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 5399
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 tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! AMALIA ROSANE CONCEICAO	DATA DE VENCIMENTO 11/02/2020 TOTAL A PAGAR R\$ 82,31	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/02/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/02/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 095107741	CONTA CONTRATO 4000142064 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO RUA LAGOA DO OURO 16 CS - AMALIA ROSANE CONCEICAO - MANJOPE/CRUZ DE REBOUCAS - 53600-000 IGARASSU PE -	PERÍODO CONSUMO 07/01/2020 a 04/02/2020		
CONSUMO 0			

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 25,00 valor do imposto R\$ 19,95

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4000142064	MÊS/ANO 02/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 82,31	VENCIMENTO 11/02/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838800000003 823100110045 000142064106 144309306637



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Amália Roseme Conceição, brasileira, casada, do lar, com RG: 1074925916 RS e CPF: 725.534.560-34, residente na Rua Daga do Ouro, nº 16, Amália Roseme Conceição - Mangoe, Cruz de Rebouças, Igarassu/PE.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 09.03.20

x Amália Roseme Conceição
Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 09 de março de 2020 .

Amalia Rosane Conceição





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0123001412**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/08/2017** às **14:33**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/8/2017** às **13:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BARAO DE VERA CRUZ, 01, EM FRENTE AO SEMÁFORO DO SUPERMERCADO TAVARES II, NO SENTIDO IGARASSU-RECIFE.** - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL / BR 101 NORTE NO SENTIDO IGARASSU/RECIFE**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ERICK (AUTOR / AGENTE)
AMÁLIA ROSANE CONCEIÇÃO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

AMÁLIA ROSANE CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARCIRIA CARNEIRO DE ABREU** Pai: **JOÃO MARIA FERNANDES DE ABREU** Data de Nascimento: **15/1/1966** Naturalidade: **JOIA / RIO GRANDE DO SUL / BRASIL** Documentos: **1074925916/SSP/RS (RG). 72553456034 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Motivo da Viagem: **OUTROS**
Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA LAGOA DO OURO, 16, CASA - CEP: 0 - Bairro: MONJOPE - IGARASSU/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE**

ERICK (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESCONHECIDA** Pai: **DESCONHECIDO** Data de Nascimento: **1/1/1999** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Telefones Celulares: **- 81987669201**
Motivo da Viagem: **OUTROS**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): , que estava em posse do(a) Sr(a): **ERICK**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **KHM9161 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **MODELO BROS DE PLACA KHN-9161**

24/08/2017 14:33

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE POR VOLTA DAS 13H40 DO DIA 17/08/2017, SE ENCONTRAVA NA AVENIDA BARÃO DE VERA CRUZ EM CRUZ DE REBOUÇAS, PRECISAMENTE NA RODOVIA BR FEDERAL 101 NORTE EM CRUZ DE REBOUÇAS/IGARASSU NO SENTIDO IGARASSU/RECIFE E NA IMINÊNCIA DE ATRAVESSAR A SUPRACITADA AVENIDA PARA IR ATÉ O SUPERMERCADO TAVARES II NO MESMO BAIRRO. FOI QUANDO SURTIU UMA MOTO HONDA BROS VERMELHA DE PLACA KHM-9161 PILOTADA POR ERICK FONE: 8198766-9201, QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTO E VEIO A ATROPELAR A VÍTIMA, ONDE EM SEGUIDA PRESTOU SOCORRO A VÍTIMA JUNTAMENTE COM OUTRO POPULAR ATÉ A UPA DE IGARASSU EM CRUZ DE REBOUÇAS, CONFORME ATENDIMENTO Nº 896800 E SENHA DE CLASSIFICAÇÃO Nº 0099, RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA POR VOLTA DAS 20H40 DO MESMO DIA FOI REMOVIDA PARA O HR EM RECIFE, FEZ IMOBILIZAÇÃO DO BRAÇO LADO DIREITO DEVIDO A QUEBRA DESTA E SOFREU UM TCE NA CABEÇA ONDE FOI MEDICADO PELO NEUROCIRURGIÃO E O TRAUMATOLOGISTA. RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 18/08/2017 E FICOU SENDO ACOMPANHADA NA UPA DE IGARASSU PARA POSSÍVEIS INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS. ESTÁ FORMULANDO BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO DPVAT. FOI EXPEDIDO GUIA MÉDICA JUNTO AO IML PARA FINS DE REALIZAÇÃO DE EXME DE CORPO DE DELITO. CASO AFETO A ESTA DELEGACIA.

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

Amália Rosane Conceição
AMÁLIA ROSANE CONCEIÇÃO
(VITIMA)

B.O. registrado por: ENEAS FRANCISCO DA SILVA - MAT. 151740-6



Atendimento: 896800

Senha da Classificação

Data e Hora: 17/08/2017 14:06

0099

Paciente: 60026 AMALIA ROSANE CONCEICAO

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 15/01/1966 Idade: 51 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARCIRIA CARNEIRO DE ALBUQUERQUE

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome da Mãe: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: LAGOA DO OURO

16

Bairro: CRUZ DE REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 52630-70

Usuário Atendimento: LUIZHPS

RG (Identidade): 1074825916

SSP

Data de Emissão: 01/09/1995

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 72541456034

Fone:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg

DATA:

HORA 14:06h

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

Paciente Amália atropelamento por moto há 4 minutos
- TCC P. Numbas e batidas

EXAME FÍSICO:

Glauco 15

ECG normal

AVIAR NDIW

Deformidade em cotovelo

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Painel

INDICAÇÃO DE EXAMES:

Rx

Prescrição Médica:

CRN + AN, W

HORÁRIO

Prescrição Médica

Médico / Crampe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório

Verde

(X) Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Crampe:



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/08/2017 13:12

Nome Paciente:	AMARELO ROSANE CONCEICAO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	15/01/1966
Sexo:	Feminino
Idade:	51
Senha:	0099
Convênio:	
Atendimento:	SAME:

Período: 17/08/2017 13:58 - 17/08/2017 14:04

MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**
Cor: ☐ AMARELO

Queixa Principal: TCE HA 10M

Observação: TEM HAS E NITIDA DM

Fluxograma-sintoma: T.C.E

Discriminador(es): - ESCALA DE COMA DE ARGOW 14 OU 15

Especialidade: CLINICA GERIATRICA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE COMA DE ARGOW 15
- P.A. DISTOLICA: 110 / 70 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 150 / 70 MMHG

Acolhido(a) por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data de impressão: 17/08/2017 14:04

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



471081A

From the two columns depends on the
 no. of rows = From 2 regions
 From 1 region with
 one to other regional
 no. of rows of the region
 in the row
 HD: 1 From 2 regions
 depends

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

Mulivan B. de M.
Jornalista e Tradutor
CRÉD. 14013

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Preenchimento

TRANSFERÊNCIA LOCAL: PR CUCU SENHA: S2362 P

ÓBITO Data: 11/11/2015 ÀS 25:50 HORAS TESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

GRUPPO E TIRATURA
CINQUE 100

Médico / Cromepe

21 AGO 2017

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saúdo este serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: / / HORA: : :

NOME LEGÍVEL: _____

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA: _____

RECEPCÃO / CARIMBOS:



NLR 03060029

TIL 0303090207



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital de Restauração

Número do Registro

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 851947 | | Data e Hora de Atendimento:
17/08/2017 22:51 | | Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL | |
| Cod. Paciente: 1600740 | | Paciente: AMALIA ROSANE CONCEICAO | | | |
| Data de nascimento: 15/01/1966 | | Idade: 51a 7m 1d | | | |
| Estado Civil: CASADO | | Profissão: | | Sexo: FEMININO | |
| DOC ID / Data expedição
1074925918 / 01-Sep-85 | | Mãe: MARCIRIA CARNEIRO DE ABREU | | Acompanhante: DEISE JAMILA | |
| Pai: JOAO MARIA FERNANDES DE ABREU | | Cartão SUS: 700305930482236 | | | |
| Endereço: RUA LAGOA DO OURO | | Número 18 | | | |
| Bairro: CRUZ DE REBOLÇAS | | Complemento: | | | |
| Cidade: IGARASSU | | UF: PE Telefone: 983136769 | | | |
| Ocorrências: | | | | | |
| Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO | | | | Notificado 18/08/17 | |
| Procedência: UPA IGARASSU | | | | Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEH-HN/SES - NEPI | |
| Informações do Serviço Social: | | | | | |
| Confirmação de nome: | | | | | |
| Confirmação de endereço: | | | | | |
| Fones: | | | | | |
| Assistente Social | | | | | |
| Providências: Alta ☐ Caso Social ☐ | | | | | |
| Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐ | | | | | |
| Outros ☐ | | | | | |
| Observação: | | | | | |
| Assistente Social | | | | | |
| História Clínica: | | | | | |
| <p>Paciente vítima de atropelamento por moto. Nego poder de locomoção. Nego lesões. Ao exame: glóbulos 15, urso, REM +, Sípicas. Tem imobilização em M3D. Traq TC náuseas. SI lesões NLR. CD: -Acto do NLR.</p> | | | | | |
| Atendimento Médico | | | | | |
| Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐ | | | | | |
| Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: | | | | | |
| Transporte realizado Por: | | | | | |
| mobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: | | | | | |
| Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê? | | | | | |
| Exame Físico: | | | | | |
| Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ | | | | | |
| Respiratório | | | | | |
| Circulatório: PA: X mm 150 mm 80 mm 70 mm 120 bpm | | | | | |

D. Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular: _____ Glasgow: Resposta Verbal: _____ Glasgow: Resposta Motora: _____
 Escora: _____ Hora: _____ Escora: _____ Hora: _____ Escora: _____ Hora: _____

E. Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Conduta:

Ass. Médico

Evolução da Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Não alterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: 14070 Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para internamento:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 17-Aug-17

traumatologia 17/08/17

Paciente com trauma em MSD. Agiu com limitação de movimento em MSD.

em uso de imobilização em MSD

paciente Adquiriu a TC que demonstram fratura de corpo de vértebra C6 com interrupção





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5236399
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho () NR NR

Nome do Paciente: Amalia Roxane Correia IDENTIFICAÇÃO 81203822 Idade: 51

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passado () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel: Colisão: Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de Cinto: S () N ()
Motocicleta: Motocicleta () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Plm intima de alergia muito por muito +
TCG + náuseas

Hipótese diagnóstica: Refluxo
Problema Coluna Cervical E-Quadrado

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: 130 x 90
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN* S () N () Deformidades do tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonética ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Crianças 80-110
Adulto 80-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (EGG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem Respostas Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderada
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()

Lesões Intra-Torácica: S() N() Fraturas Pélvis: S() N()

Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros()

Hábito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação() Alteração no Humor()

Uso de outras drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Lolô() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança-perfume() Anfetamina() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização Taça Gessada: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

RX S() N() Analgesia: S() N()

Infusão de Fluidos: S() N() Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Avaliação da NKA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Hora: 14:30

Local e data

Médico Assistente



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

17/08/2017 22:46



Nome Paciente: AMALIA ROSANE CONCEICAO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/01/1966
Sexo: Feminino
Idade: 51
Senha: U0038
Convênio:
Atendimento:

17/08/2017 22:46 - FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ 8 HORAS NEGA
INCOSCIENTE + VÔMITO ; APRESENTANDO EDEMA EM HEMIFACE A ESQ. + FRATURA
FECHADA DE MSE

Observação: PACIENTE PORTADORA DE HAS EM USO DE HIDROCLOROTIAZIDA + CAPTOPRIL

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO
Data: 17/08/2017 22:46





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/11/14

18/11/14

Frotas, cabos, 10/10 (F) SI de...

de 10/10

C. 10/10

SI 10/10

+ Acumulado 10/10

F. 10/10

11/10/14





PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO



TRATAMENTO AVC

| NOME DO PACIENTE | ENFALEITO | REGISTRO | DIA | HORÁRIO | DIA | HORÁRIO | DIA | HORÁRIO | DIA |
|---|-----------|----------|--------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|
| Andréa Roseane Carneiro | | | 17/08 | | | | | | |
| MEDICAMENTO | DOSE | VIA | INTERN | | | | | | |
| 1 - SORO FISIOLÓGICO 0.9% 1000 ml | 1000 ml | IV | 24h | | | | | | |
| 2 - RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD | | IV | 12/12h | 10-30 | | | | | |
| 3 - FLASIL + AD | | IV | S/N | | | | | | |
| 4 - DIPIRONA (2.8) AD | | ATE | 8/8h | | | | | | |
| 5 - INJEÇÃO 0.25ml | | IV | S/N | | | | | | |
| 6 - CAPOTEN 25 OICP | | ATE | 6/6h | | | | | | |
| 7 - INSULINA SIMPLES CONFORME HGT | | SC | 12/12h | | | | | | |
| 0-2000 - 0un 201 - 300 = 4un 301-400 = 8un > 400 = 12un | | SC | /DIA | | | | | | |
| 8 - AAS 100 | 02CP | VO/ | 12h | | | | | | |
| 9 - H. de doação 25mg - 01q. Vo, de | | SNG | | | | | | | |
| 9 - captopril 25mg - 01q. Vo, 818L | | | | | | | | | |
| CUIDADOS | | | | | | | | | |
| 1 - DIETA ZERO ATÉ 2ª ORIENTAÇÃO | | | | | | | | | |
| 2 - MEDIR DIURESE | | | | | | | | | |
| 3 - HGT 1 h | | | | | | | | | |
| 4 - MUDAR DECÚBITO 3/3h | | | | | | | | | |
| 5 - CABECEIRA 30° | | | | | | | | | |
| 6 - SSVV 6/6 h | | | | | | | | | |
| ASSINATURA DO MÉDICO | | | | | | | | | |

Cod. 0422

ANEXO I



Ministério
da
Saúde

Secretaria
de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

010000683

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Abraha R. Tomeliano

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

160074

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DO NASCIMENTO

1 / 1

9 - SEXO

Masculino

10 - PAÍS

Brasil

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. BGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento (bicicleta) apresentando
fratura de calcâneo de membro direito

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

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

Exames de Ressonância + Exames Risco + Radiologia

21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

22 - Cód. 10 PRINCIPAL

23 - Cód. 10 SECUNDÁRIO

24 - Cód. 10 TERCIÁRIO

Fratura de calcâneo de membro direito

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

26 - Cód. DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

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

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSÓLIO

Umar Abdala Alves da Silva 13/03/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

34 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

36 - 1 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNPJ

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ORGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSÓLIO

Cod. 0047



23698/17



POLÍCIA CIVIL DE FERNAMBURGO
DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA - 11ª DEDE
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 11ª CIRCUNSCRIÇÃO
CRUZ DE REBOUCAS

Ofício nº 053 /2017

Ipagessa, 24 / 08 /2017

Senhor Diretor,

Solicito de V. Sª, as necessárias providências no sentido de ser procedido o competente EXAME TRAUMATOLOGICO na Pessoa abaixo qualificada:

| | | | |
|--------------------|---|-----|----------------|
| NOME | Amália Rosane Conceição | | |
| ID | 1074925916/SP/RS | CPF | 725.534.560/34 |
| NATA DE NASCIMENTO | 15/01/1966 | | |
| PAI | João Maria Fernandes de Abreu e | | |
| MÃE | Margarida Carneiro de Abreu | | |
| ENDEREÇO | Rua Lagoa do Ouro, 16, Morjote, Iguaçu - PE | | |
| TELEFONE | 819 8540-6018
819 8826-5289, falar e/ou seis (filha) | | |

O competente laudo deverá ser encaminhado a Delegacia de CRUZ DE REBOUCAS, 11ª Circunscrição Policial Ref. RDC nº 17.012300-1432,

Atenciosamente,

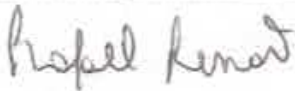
VALMIR GOMES DO MONTE
Delegado de Polícia

TRAUMATOLOGIA - 11ª DEDE
Recebido em 25/08/17 às 10:08
Noelza H. O. Lauria
Auxiliar Legista
Mat: 296.226-8

Resposta
Diretor do INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE RIVERO CUNHA
BRASIL

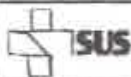


| | | | | | |
|--|---|-----------------|---|---------------|--|
| Unidade de Saúde: | ESF Agamenon II | | Município: | IGARASSU/PE | |
| Telefone: | () | | | | |
| Nome do Usuário: | Amélia Rosane Conceição | | | | |
| Prontuário: Nº | 034 | Cartão SUS Nº | 2009423 6122 0006 | | |
| Data de Nascimento: | 15/01/1966 | Sexo: | () M (x) F | Raça/Cor: | |
| Nome da Mãe: | Marellia Carmelina de Alencar | | | | |
| Endereço: | Rua Luper do Ouro | Nº | 16 | Comp.: | |
| Bairro: | Novidade | CEP: | | | |
| Portador de: | () Diabetes | (x) Hipertensão | | | |
| CID ou Diagnóstico Inicial: | Hemorragia subdural em região parietal (ocipital)! | | | | |
| Especialidade: | Neurologia | | | | |
| Justificativa do Encaminhamento: | <p>Trauma de crânio há 1 mês e 9 dias (11/08/11) e há queda de consciência + vômitos (principalmente ao deitar) + perda de sangue da boca.</p> <p>Exames realizados</p> | | | | |
| Resultado de Exames Realizados: | | | | | |
| Rafael Renart
Médico
CRM-PE 22977

Carimbo e Assinatura do Profissional de Saúde | | | 

Assinatura do Responsável Pelo Encaminhamento | | |
|  SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARASSU | | | | | |
| Unidade Executante: | | | Código de Atendimento: | | |
| Médico: | | Data: | / / | Hora Inicial: | |
| Endereço: | | | | | |
| Bairro: | | Fone: | | | |
| Ponto de Referência: | | | | | |
| OBS.: COMPARECER À EXECUTANTE UMA HORA ANTES DA HORA INICIAL DE ATENDIMENTO | | | | | |
| CONTRA - REFERÊNCIA
DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOTADA NA UNIDADE EXECUTANTE | | | | | |
| CID Definitivo: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

ESF Apimemam II

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Amelia Rosane Conceição

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

034

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20108M256121210101010

6 - DATA DE NASCIMENTO

15/09/1966

7 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☒

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Marcia Lemeiros de Menezes

9 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Lopes do Vale, n.º 16, Montijo

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Igarapé

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

PI

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

012090101010

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TAC de Crânio

17 - QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tortura sec. a; Hematoma subdural/traumático

34 - CID 10 PRINCIPAL

R42

35 - CID 10 SECUNDÁRIO

S06.5

36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S06.8

37 - OBSERVAÇÕES

Paciente, 53 anos, refere trauma de crânio há 3 dias e
vem apresentando torturas e epaleias em região parieto-occipital (principalmente
occipital) + fôto de sangue na boca.

Rafael Renart
Médico
CRM-PE 22977

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael Renart Pereira de Sousa

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/03/2017

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Rafael Renart
Médico

40 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

0711291111423

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

46 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES





PREFEITURA DE
IGARASSU
Secretaria de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARASSU
Av. Joaquim Nabuco, 203, Centro - Igarassu/PE | CEP: 53.010-070
CNPJ: 10.359.560/0001-90 | Fone: (81) 3543-1450
sec.saude@igarassu.pe.gov.br



| | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------|--|
| Unidade de Saúde: | ESF Apomemon II | | Município: | IGARASSU/PE | |
| Telefone: | () | | | | |
| Nome do Usuário: | Amélia Rosane Venâncio | | Cartão SUS Nº | 2009425 6123 0006 | |
| Prontuário: Nº | 034 | | Sexo: | () M (x) F | |
| Data de Nascimento: | 15/01/1966 | | Raça/Cor: | | |
| Nome da Mãe: | Marella Carmelo de Almeida | | | | |
| Endereço: | Rua Lopes de Almeida | | Nº | 16 | |
| Bairro: | Montipe | | CEP: | | |
| Portador de: | () Diabetes | | (x) Hipertensão | Comp.:
Tel.: () | |
| CID ou Diagnóstico Inicial: | Demência subcortical em estágio residual (occipital)? | | | | |
| Especialidade: | Neurologia | | | | |
| Justificativa do Encaminhamento: | Paciente refere sintomas de início há 1 mês e 9 dias (11/08/11) e há queixa-se de insônia + sonhos (principalmente no dia) + perda de memória da data. | | | | |
| Resultado de Exames Realizados: | Exames avaliados | | | | |
| Rafael Renart
Médico
CRM-PE 22977
Carimbo e Assinatura do Profissional de Saúde | | | Rafael Renart
Assinatura do Responsável Pelo Encaminhamento | | |
| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARASSU | | | | | |
| Unidade Executante: | Código de Atendimento: | | | | |
| Médico: | Data: / / | | | Hora Inicial: | |
| Endereço: | Fone: | | | | |
| Bairro: | | | | | |
| Ponto de Referência: | | | | | |
| OBS.: COMPARECER À EXECUTANTE UMA HORA ANTES DA HORA INICIAL DE ATENDIMENTO | | | | | |
| CONTRA - REFERÊNCIA | | | | | |
| DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOTADA NA UNIDADE EXECUTANTE | | | | | |
| CID Definitivo: | | | | | |



C/ Dryoid F. 11-15

with

At Birt-Apple

Feb - Feb
10 - 10
10 - 10

CARLOS A. C. F. FILHO
FEDATÁRIO
CREMÉPE 2.980

MÉDICO/CRM

DATA

Rua Augusto Vaz S/N - Cruz de Rebouças - Igarassu - PE - CEP: 53630-320
MEDICO/CRM
CNPI: 120.252.14000-00 TEL: (81) 3543.1463/(81) 3543.1722

RECEITUÁRIO

Amelia Rogers

Edwards

2019.11.11

۱۰۰۰

19 JUL 2017

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

ESF Agamenon II

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Amália Rosane Conceição

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

034

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

200842561220006

6 - DATA DE NASCIMENTO

15/01/1966

7 - SEXO

Masc. ☐ Feme. ☒

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Marília Carneiro de Menezes

9 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Logos do Luso, n: 16, Mangape

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Iporame

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

PE

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

020601007-3

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TAC de Lâminas

17 - QTDE

03

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tontura rec. a; Hematoma subdural/trauma labial? R42

34 - CID10 PRINCIPAL, 35 - CID10 SECUNDÁRIO, 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

S06.5 S06.8

37 - OBSERVAÇÕES

Paciente, 53 anos, sofreu trauma de crânio há 3 dias e vem apresentando tonturas e episódios em região parieto-occipital (principalmente occipital) + gosto de sangue na boca.

Rafael Renart
Médico
CRM-PE 22977**SOLICITAÇÃO**

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael Renart Pereira de Silva

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/03/2018

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Rafael Renart
Médico
CRM-PE 22977

40 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

07378211423

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IGARASSU

SECRETARIA
IMIP

RECEITUÁRIO

Dr. André Rosário Lima

Dr. André Rosário Lima

1- Bfá Gástrico 16 - del

por via. 2x ao d

ou 12/12 h

21/08/17

Dr. André Rosário Lima
CRM 21441

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA O SEU FILHO



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IGARASSU

SECRETARIA
IMIP

RECEITUÁRIO

André Rosário Lima

Comunicação 75mg V10

1cp dia

X 7 dias

Dr. Gabriel Pimenta
Médico
CRM 21441

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA O SEU FILHO



Paciente: *Paulo Antonio Coelho Castor* Registro:
Clínica: _____ Box/Leitor/Enfermaria:

Mr. Fratura x olecranon
de rotula (3)

em Ao m. Silotônio
de ortoped

21 7-10-dm
17:48:00
Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

Paulo Antonio Coelho Castor
Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

Data: *11/11*

COD. 0340





GOVERNO MUNICIPAL
DE IGARASSU
Secretaria de Saúde



Paciente:

Prontuário:

Declaração

Declaro para os devidos fins
que a paciente Amalia Roxane
Coneves encontra-se em trata-
mento fisioterapêutico neste
unidade desde 09 de novembro
2017, devido a fratura do
Rôdrio. A mesma realiza trata-
mento com eletroterapia para
combate da ADM, fortalecimento e
eletroterapia para redução do
quadro séico. Tenente.

Dr.ª Mirella Alves
Fisioterapeuta
CREFITO 217731-F

Data: 14/12/2017

Assinatura



IGARASSU
PREFEITURA MUNICIPAL
UMA NOVA CIDADE SEMPRE CERTA
SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Joaquim Nabuco, 203, Centro - Igarassu/PE | CEP: 53.010-070

CNPJ: 10.359.560/0001-90 | Fone: (81) 3543-1450 | sec.saude@igarassu.pe.gov.br



SINISTRO 3180174111 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA AMALIA ROSANE CONCEICAO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRACÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO AMALIA ROSANE CONCEICAO

CPF/CNPJ: 72553456034

Posição em 18-02-2020 14:01:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

| Histórico das correspondências enviadas | | |
|---|-------------------------------|---|
| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
| 10/05/2018 | PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO |  |



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

Seção A da 21ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:()

Processo nº **0015566-54.2020.8.17.2001**

AUTOR: AMALIA ROSANE CONCEICAO

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, ARUANA SEGUROS S.A.

DESPACHO

DESPACHO

Cuida-se de ação de cobrança de seguro DPVAT.

1. **1.** Inicialmente, defiro o pedido de gratuidade judiciária.

2. Em conformidade com o art.240, do CPC, cite-se a parte ré para, querendo apresentar contestação no prazo legal, com a advertência do art. 344 do CPC.

O prazo para apresentação de contestação se iniciará no dia seguinte à juntada aos autos do último expediente cumprido, nos termos do art. 231, inciso I, do CPC.

3. Efetivada a citação, considerando que a perícia médica afigura-se indispensável ao deslinde da controvérsia, bem assim levando-se em conta o fato notório da pandemia do COVID-19, bem como as determinações exaradas por este Tribunal, através da Portaria Conjunta nº 6, de 20 de março de 2020, e do art. 14 do Ato nº 1027/2020, **suspenda-se** o presente feito até que seja restabelecida a normalidade do expediente forense quando, pois, os autos deverão retornar-me conclusos para designação da perícia. **Aguarde-se em arquivo provisório.**

Intime-se a parte autora por advogado.

Recife, 24 de março de 2020.

Catarina Vila-Nova Alves de Lima
Juíza de Direito Substituta



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção A da 21ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0015566-54.2020.8.17.2001

AUTOR: AMALIA ROSANE CONCEICAO

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, ARUANA SEGUROS S.A.

INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção A da 21ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 59686619, conforme segue transcrito abaixo:

" DESPACHO DESPACHO Cuida-se de ação de cobrança de seguro DPVAT. 1. Inicialmente, defiro o pedido de gratuidade judiciária. 2. Em conformidade com o art.240, do CPC, cite-se a parte ré para, querendo apresentar contestação no prazo legal, com a advertência do art. 344 do CPC. O prazo para apresentação de contestação se iniciará no dia seguinte à juntada aos autos do último expediente cumprido, nos termos do art. 231, inciso I, do CPC. 3. Efetivada a citação, considerando que a perícia médica afigura-se indispensável ao deslinde da controvérsia, bem assim levando-se em conta o fato notório da pandemia do COVID-19, bem como as determinações exaradas por este Tribunal, através da Portaria Conjunta nº 6, de 20 de março de 2020, e do art. 14 do Ato nº 1027/2020, suspenda-se o presente feito até que seja restabelecida a normalidade do expediente forense quando, pois, os autos deverão retornar-me conclusos para designação da perícia. Aguarde-se em arquivo provisório. Intime-se a parte autora por advogado. Recife, 24 de março de 2020. Catarina Vila-Nova Alves de Lima Juíza de Direito Substituta"

RECIFE, 1 de abril de 2020.

MARIA INES NORONHA DA SILVA

Diretoria Cível do 1º Grau

