



01/07/2020

Número: **0015635-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAS DORES SOARES (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
64039845	01/07/2020 15:52	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000708

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES

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 15314806





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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000708

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01575/01576 - carta_02 - INVALIDEZ

00060788



Carta nº 15326677





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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000708

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

Recebedor: **MARIA DAS DORES SOARES**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000002170**

Conta: **0000056757-7**

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

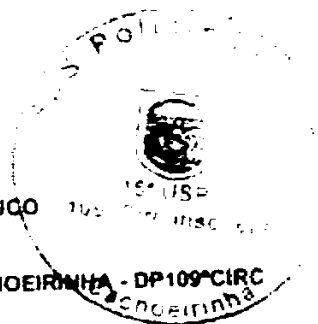


18/12/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA - DP109ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0199000634

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/12/2019 às 16:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 1/9/2019 às 18:13

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA, 01, ESTRADA LAGOA DO QUEIJO** - Bairro: **CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ANTONIO DE SERRINHA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANA PAULA DA SILVA LIMA (OUTRO)
MARIA DAS DORES SOARES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS DORES SOARES**

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

MARIA DAS DORES SOARES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ANTONIA VILELA PM: BERTO SOARES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/3/1977** Nacionalidade: **SAO BENTO DO UNA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5384207/SSP/PE (RG): 02441008457 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **81909779965**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA, 26, PADRE NEVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANA PAULA DA SILVA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANA PAULA DA SILVA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA DAS DORES SOARES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/ELIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDG4322** (PERNAMBUCO/CACHOEIRINHA) Renavam: **110632958** Chassi: **9C2JC7000HR300792**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

Nº. 1 - 15/12/2019 - 15:52:06 - BOEP/PE - 11/12/2019

Scanned by CamScanner



A VITIMA INFORMA QUE VINHA DE ANTONIO DE SEIXIMA E QUE NÃO PRECISOU EM BUNADO QUE TINHA NO MEIO DA ESTRADA E QUE AO PREJAR CONSUMIU O FUELO TRAZENDO COM DIAN FUELO E CASU OUT A APOS A QUEDA ELA CHAMOU O SAMU DA CIDADE QUE A CONDUZIU AO HOSPITAL LOCAL E QUE DEPOIS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CARUARU.

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

MARIA DAS DORES SOARES
(VITIMA)

BO registrado por: EDVALDO PEREIRA DA SILVA - Matrícula 3874743



Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





DECLARAÇÃO

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS, em atenção ao pedido do Sr. MARIA DAS DORES SOARES, portador do CPF: 074.610.964-57 e RG: 53242037 SER/PE, que consta nos registros de ocorrência N° 1909010378 do SAMU, atendimento realizado por esse serviço, no mesmo no dia 01 / 02 / 2019 às 12.13h no endereço: ESTRADA LAGOA DO QUEIJO, ZONA RURAL- CACHOEIRINHA PE, com QUEIXA de QUEDA DE MOTO, tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportado o mesmo para o HOSPITAL LOCAL.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

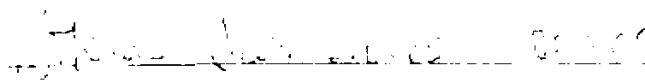
Cachoeirinha, 02 de 02 de 2019.

Inês Cavalcanti

Coordenadora do SAMU Cachoeirinha


Inês Cavalcanti
Coordenadora de Urgência/Emergência
Mat. 1395-1

Recebi declaração do SAMU CACHOEIRINHA EM 12/02/2019



Scanned by CamScanner



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: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02170

CONTA: 000000056757-7

Nr. da Autenticação D69BE83048D9602F



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS 111 ODA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50056-907
CNPJ 19.835.912/0001-98
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0903942-87

CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE BERTU SOARES DA SILVA CPF: 048.511.334-04	DATA DE VENCIMENTO 29/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/11/2019	CONTA CONTRATO 001086944010
	TOTAL A PAGAR (R\$): 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 22/11/2019	Nº DO CLIENTE 280888494
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PE MEYER 31 CENTRO CALHOUNEIRHA 55.160-000 CALHOUNEIRHA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL MONOFÁSICO		
RESERVADO AO FISCO 5856.C92B.595C.1012.3D4A.9738.79A3.8598			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas e condições de serviço prestados e tributos são disponibilizados e disponibilizados para consulta em nossos sites e no aplicativo Celpe 2019.01

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	147,88	5,7888762	1115,84
Atividade Comercial AMARELA			8,83
Atividade Comercial VERMELHA			8,42
Consumo Res. Pública Municipal			7,90
ICMS Substituído-DE-MF 878378116-289979			6,00
TOTAL DA FATURA			131,26

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
120,88	5,00	6,04	122,88	0,65	7,99

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Consumo de Energia	42,15
Transmissão	4,38
Distribuição Local	25,40
Energia Retornada	3,08
Taxação	21,91
Potência de Energia	6,02
TOTAL	113,04

HISTÓRICO DO CONSUMO	
MÊS	VALOR (R\$)
NOV 18	147,88
OUT 18	124,12
SET 18	85,15
AUG 18	84,15
JUL 18	104,15
JUN 18	127,15
MAY 18	103,15
ABR 18	177,15
MAR 18	156,15
FEB 18	179,15
JAN 18	150,15
DEZ 17	181,15
NOV 17	180,15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
UNIDADE DE MEDIÇÃO	PERÍODO DE FATORAÇÃO	DATA INÍCIO	DATA FIM	UF	CONSUMO (KWH)	FAZENDA	VALOR (R\$)	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
00000000000000000000	001	23/10/2019	19,00	29/11/2019	147,88	30	1,00000	6,00	147,88

DATA EMISSÃO: 22/11/2019 15:00:00 | DATA DE VENCIMENTO: 29/11/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
Pague no ponto mais perto de você! Modificamos nossa rede de pontos de venda no 14 Centro 11 e 2 do município de Recife. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou o aplicativo Celpe 2019.01. Para mais informações sobre o serviço, consulte o site www.celpe.com.br ou o aplicativo Celpe 2019.01. Para mais informações sobre o serviço, consulte o site www.celpe.com.br ou o aplicativo Celpe 2019.01.	

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
120	90	230

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE RÁPIDO				
CONTA CONTRATO 001086944010	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	VENCIMENTO 29/11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Cachoeirinha

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
CACHOEIRINHA - PERNAMBUCO



PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA

PACIENTE	Nome	M ^{te} das Dores Soares			Data	01/09/19
	Sexo	F	Idade	42	Cor	
	Naturalidade					
	Endereço	R. L. Maranhão Batista, 75			Data de Nascimento	10/03/77
RESPONSÁVEL	Procedência					
	Pessoas de quem depende					
	Endereço	0				
	Trabalho por					
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA	Endereço					
	Local do Acidente					
	Natureza	☒ Casual	☐ Acid. no Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio		
	Do	☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outras Causas		
	Acidente	☐ Acid. do Trabalho	☐ Agressão			
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento	☒ Clínico	☐ Cirúrgico	18:59 HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO		
	Pressão Arterial	120/80	MM	MN	80 - 95	
	Pulso	91	BPM	78 - 92		
	Temperatura	36,5		Peso		
	Queixa Principal e HDA	Cansaço de longo tempo				
	Exame Físico	Tórax: normal				
	Hipótese Diagnóstica	Tórax: normal				

Scanned by CamScanner





HOSPITAL
ANTONIO TAVARES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Alcides

DATA: 09/05

IDADE: 42

SEXO: M

LEITO: 86

MEDICO: Goldstein

DATA: 1/5

PAZINHA

Paciente consciente e orientado em
relato para procedimentos cirurgias

Manoel F. R. S.
Téc. Enf.
CREF 11.111

PAZINHA

Paciente segue em PCV realizada no
UTI, com suporte ventilatório mecâ-
nico CPAP não segue guias de mane-
jo para liberação segue os critérios

Inclinar F. Rodrigues
Técnico de Enfermagem
CREF 11.111

PAZINHA

Paciente segue em PCV realizada no
UTI, com suporte ventilatório mecâ-
nico CPAP não segue guias de mane-
jo para liberação segue os critérios

Manoel F. R. S.
Téc. Enf.
CREF 11.111

11/05/20

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 01/07/2020 15:52:06



LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

Unidade de Origem: Sede 5761776
Unidade de Destino: U.C. 0140421 8 de Janeiro
Unidade de Regulação: Região 19112 5761776

DADOS DO PACIENTE

Nome: Maria das Dores Sousa ID: _____
SUS: _____ RG: _____ DATA DE NASCIMENTO: 10/3/77 SEXO: M

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com quadro de dor sob
efluvia de alcaol

CONDIÇÃO INICIAL: Transtorno de ansiedade

EXAMES REALIZADOS: sem alteração de ur.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Trauma do catavento

OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____

DATA DA TRANSFERÊNCIA: _____

Saída - 20:45
Chegada - 1:00
Loteria - Moisés
e ayla Gileane

Médico Assinatura/Carimbo

Scanned by CamScanner



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente

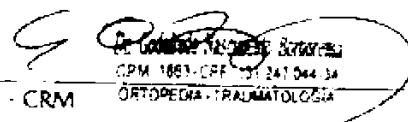
Nº dos seus seus

necessita de 06 MESES dias de afastamento de suas

atividades patrimoniais

a partir desta data.

CID S42.4 Campina Grande, 28, 09, 99


Ass. Médico - CRM 1663 - CPM 1663 - CFF 131.241.044.34
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU
REPRESENTANTE LEGAL A REGISTRAR O DIAGNÓSTICO
CODIFICADO CID OU POR EXTENSO

Rua Delmiro Gouveia, 442 - Centro - Campina Grande - Paraíba
CEP 58428-010 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



Nome: Adriana dos Santos Soares ARTD: _____
 CONVENIO: Pacheco IDADE: 34 ANOS SEXO: ☐ M ☒ F
 NÚMERO DA CARTÃO: _____
 DATA DE MATRÍCULAÇÃO: _____
 SENHA: _____
 DATA DE NASCIMENTO: 10-03-77
 DATA: 06/09/19

CIRURGIA
☐ ARTIMA ☐ UROLOGIA
☐ AMBULATÓRIA
☐ ALTO PRESSÃO
☐ R ☐ N ☐ Y

Diagnóstico Pré-Operatório: _____
 1º Equipe Cirúrgica (Cirurgião e 1º e 2º Auxiliares)
Colapso
 2º Equipe Cirúrgica (Cirurgião e 1º e 2º Auxiliares)
Colapso
 Procedimentos Realizados: _____
Tratamento cirúrgico de fratura de Colapso de
Colapso

ANESTESIA	MONITOR	PROFESSOR	ASSISTENTE	ANESTESIA	MONITOR	PROFESSOR	ASSISTENTE
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

PACIENTE: _____
CONVÊNIO: _____ SUS: _____ PRONTUÁRIO: _____ DAT: _____
CIRURGIÃO: _____
CIRURGIÃO: _____
ANESTESISTA: _____
SALA: _____ HORÁRIO INÍCIO: _____ FINAL: _____

ITEM	DESCRIÇÃO	ITEM	DESCRIÇÃO	ITEM	DESCRIÇÃO
1872	ADRENALINA	107329	ADAPTADOR PI SORO		ACIPLUX Nº
1880	ÁGUA DESTILADA	110089	AG. RAQUÍ 2780		ALCOOL CIA Nº
1889	AMINOPIRINA	120069	AG. RAQUÍ 2680		ALCOOL CIA Nº
1920	ANABIN	143287	AG. RAQUÍ PI OREO 80		OROMADO CIA Nº
2012	ATROPINA		AGULHA DESCARTÁVEL Nº		OROMADO CIA Nº
283799	BEXTRA		AGULHA FEDERAL Nº		ETHECON Nº
1892	BICARBONATO DE SÓDIO		AGULHA RAQUÍ Nº		FLUOROTOMIA
1890	BICALOTINA 1g	0258	ALGODÃO HIGIENIZADO		MONOCORY Nº
129289	CEFAZOLINA 1g	9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO		OPACATON Nº
1781	CEFTIAZOLINA		ALJURA CREPON Nº		PROLEIN Nº
14889	CEFTROXIMO IV		ALJURA GESSATA		VICRYL Nº
1840	CLORETO DE POTÁSSIO	2358	BOLSA COLESTOMA		
2003	CLORETO DE SÓDIO		CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº		
5504	CLORAMFENICOL	21158	CAPA PARA VÍDEO		
4466	DICLOFENACO SÓDICO	2428	CATETER OXIGÊNIO		
2330	DIFENIDOL	21220	COLETOR URINA AMP-RIO		
5873	DOPAMINA	22381	COLETOR URINA FECHADO		
32180	EFEDRINA		CUMPRIMENTOS		
5038	EFEDRINA	14204	COMPRESSAS 25X28		
7558	EUFEDRINA		DRENO PENROSE Nº		
4788	GARAMICINA		DRENO SUCCO Nº		
2040	GLUCOSOL 500		DRENO TORAX Nº		
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	36557	ELETRODO		
5558	HEPARINA	7526	EQUIPO MACROSCÓPICO		
5380	HIDROCORTISONA	287380	EQUIPO PI ARTROSCÓPICO		
2802	HYDROCHLORID	2815	ESPALMADO		
37850	HAUSEGIRON 8mg	20117	FITA GLOMBIA		
85504	HEPARINA 5000	142220	GAZES 7,5X7,5		
70181	PROSTIGLINE		GAZES		
70758	HYDROCHLORID	3425	GELFOAM		
20810	HEPARINA	28717	GELT		
10334	SOL. UNEDROL 500		GUINDEL Nº		
403782	TORADO	3468	INTRACATH		
70871	TRANSCAMIN		JELCO Nº		
10272	TRILATIL 40mg		LÂMPADA BISTURI Nº		
		122705	LUNAS 8.0		
73254	ALFENTANIL	111209	LUNAS 7.0		
9485	DENTINA 100mg	40128	LUNAS 7.5		
3026	DIMORF 10mg	3522	LUNAS 8.0		
3074	EMBORE 10mg	149870	LUNAS 8.5		
125149	DIMORF 10mg	09132	MACROPORE LARGO		
5944	DORMICUM		SCALPS Nº		
89730	DORMICUM COMB	3735	SERINGA DE 01cc		
10000	FENOBARBITAL	3700	SERINGA DE 03cc		
8069	HIGIENIZ	3716	SERINGA DE 05cc		
9962	KETALAR	3688	SERINGA DE 10cc		
08870	PETLOR	3897	SERINGA DE 20cc		
73216	PRAMAL	341797	SERINGA DE 60cc (para longos)		
148832	ULTRA		SERINGA POLY Nº		
			SONDA MELATON		
10640	ATRALURGO		SONDA NAS		
128733	CEBTRACURIO		SONDA RETO		
1431	ETIMOLASO				
3042	FENTANI				
2071	GLUCONATO DE SÓDIO				
2119	HEPARINA 2% SV				
2070	HEPARINA 0.5% SV				
2180	NEOCARNA 0.5% CV				
11100	NEOCARNA 0.5% CV				
1098	NEOCARNA PESADA				
11100	NEOCARNA 0.5% CV				
142364	NOVAPUR CN				
17449	NOVAPUR GIBÁRICA				
10458	NOVAPUR GIBÁRICA				
22116	PARACETOL				

HISTÓRICO
ANTONIO CARLINO

PACIENTE: Amu da duas peças
 Nº DO PRONTUÁRIO: 6919 Nº DO ATENDIMENTO:
 DATA DA OPERAÇÃO: 6/9/19 ENFERMARIA: LEITO:
 OPERADOR: Godinho
 1ª AUXILIAR: 2ª AUXILIAR:
 3ª AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
 ANESTESISTA: Eugene TIPO DE ANESTESIA: Alipm
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fmra do cotovelo
 TIPO DE OPERAÇÃO: Rel em Fmra do cotovelo
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 mm
 RELATÓRIO INDIVIDUAL DA PATOLOGIA:
 EXAME RADIOGRÁFICO: AP PI unil
MS celar

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

- 1) mta m celar
 - 2) mmra l mmra
 - 3) esent de jery
 - 4) pedes e - huley
 - 5) des + mas
 - 6) file
-



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1. DADOS GERAIS DO PACIENTE

Atendimento: 5.8087		Prontuário: 344435	
Nome: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>	Idade: <u>41</u>	Sexo: <u>FEMININO</u>	Religião: <u></u>
Data de Nascimento: <u>01/07/1979</u>	RG: <u>1.234.567</u>	CNPJ: <u>00.000.000/0001-00</u>	CNS: <u>12345678901234</u>
Endereço: <u>Rua da Paz, 123 - Centro - São Paulo - SP</u>	Cidade: <u>SÃO PAULO</u>	UF: <u>SP</u>	Estado: <u>SP</u>
Profissão: <u>Enfermeiro</u>	Profissão: <u></u>		
Nome do Médico: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>			
Assinatura: <u></u>			
Módulo: <u>Atendimento</u>			
Data: <u>01/07/2020</u>			
Médico: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>			

Exame Físico:	PA: <u>120/80</u>	FC: <u>70</u>	FR: <u>18</u>
Diagnóstico: <u>Infarto Agudo do Miocárdio</u>			
Tratamento: <u>Aspirina, Clopidogrel, Nitroglicerina</u>			
Observações: <u>Paciente em observação, sem alterações</u>			

Dieta:	Horário:
Assinatura: <u></u>	
Data: <u>01/07/2020</u>	
Módulo: <u>Atendimento</u>	
Médico: <u>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u>	

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGENCIA

10/07/2020
15:52:06

1. Exame Exames

1. Exame Exames

Paciente

Familiar

2. Exame Exames

RG

Tel

Assinatura

3. Exame Exames

Paciente

Familiar

RG

Tel

Assinatura

4. Exame Exames

5. Exame Exames

6. Exame Exames

7. Exame Exames

8. Exame Exames

9. Exame Exames

10. Exame Exames

11. Exame Exames

12. Exame Exames

13. Exame Exames

14. Exame Exames

15. Exame Exames

16. Exame Exames

17. Exame Exames

18. Exame Exames

19. Exame Exames

20. Exame Exames

Usuário do Atendimento

JOSEFAA

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



RELATÓRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO

NOME COMPLETO

NOME ABREV.

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

ENDEREÇO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONE

DATA DE ADMISSÃO

DIAGNÓSTICO

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

EXAME

Mama das dores suaves
42 A.

Viúva Le Ardeate
acumula no cotovelo
no reumatismo no
Braço. 06.09.2019

Tring Fatura cominu
tua do UNICAO BIZAL
com perda de substân
cia osseas

DE Cópia
MELHORE SUA LETRACURA
Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
PORTOPIEDRA - TRANSMITOLOGIA
Rua Delmiro Gouveia, 443 - Centro - CEP 58428-010 - Paraíba
Tel: (33) 3102-0101 - www.hat.br

19.11.19





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL DO PARTO AL)

DATA DO ACIDENTE:

03/11/19

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

03/11/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Marina dos Santos Soares

LESÕES RESUMIDAS DO ACIDENTE:

Fratura de úmero D

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero D - 03/11/19

DATA MÉDICA:

03/11/19

EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM

☒ NÃO

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA OU DE CURA ATRAVÉS DE

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFFECTADO

Fratura de úmero direito com deslocamento de 14cm, fratura de rádio e ulna com deslocamento de 10cm, fratura de fêmur direito com deslocamento de 10cm, fratura de tibia e fíbula com deslocamento de 10cm, fratura de pé direito com deslocamento de 10cm.

PERÍODO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL ATRIBUÍDO NO PERÍODO DE

12 meses

DATA:

03/11/19

ASSINATURA E CARIMBO



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DA JUSTIÇA
INSTITUTO DE DEFESA

01/07/2020



ASSINATURA DO TITULAR
CONTINHA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner



19-10-2020

0361107 2020-17-04-1995

MARIA DAS DORES SOARES

Porto Alegre da
Maria Aguiar

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DE RECEITA FEDERAL
SECRETARIA DE RECEITA FEDERAL

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

MARIA DOS PONTES-SOMMER

CPF 123.456.789-01

12/03/78

CPF 123.456.789-01

Scanned by CamScanner



Informações sobre o veículo

Placa: PDG-4322

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 110I

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 109

Cor predominante: BRANCA

Chassi: 9C2JC7000HR300792

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2016/2017

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

 **RESTRIÇÕES**

> NADA CONSTA

☒ **VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS**

 **Consultar débitos**

 **Localizar o documento do veículo**



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200000708
Nome do(a) Examinado(a): Maria das Dores Soares
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pe Neves, 26
Centro Cachoeirinha PE CEP: 55380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 5384207
Data local do acidente: [01/09/2019]
Data local do exame: [10/01/2020] CARUARU [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA COMINUTIVA DO ÚMERO DISTAL DIREITO COM PERDA ÓSSEA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: CIRÚRGICO
Complicações: NDN
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
RIGIDEZ EM FLEXÃO DO COTOVELO DIREITO
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DANO DO COTOVELO DIREITO
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| () "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias | () "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
COTOVELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Andrea Rodrigues Madeira
CPF - 846.667.813-15
CRM/PE - 19953

Andrea R. Madeira
CRM 19953



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708

Cidade: Cachoeirinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do acidente: 01/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ÚMERO DISTAL DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Descrição do exame físico: RIGIDEZ EM FLEXÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO COTOVELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708

Cidade: Cachoeirinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do acidente: 01/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ÚMERO DISTAL DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Descrição do exame físico: RIGIDEZ EM FLEXÃO DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO COTOVELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708

Cidade: Cachoeirinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do acidente: 01/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9,13.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @PG.15 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000708

Cidade: Cachoeirinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES

Data do acidente: 01/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO COM PERDA ÓSSEA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 9,13.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @PG.15 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

