Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

09/11/2020

Número: **0030689-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **09/07/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO (AUTOR)	**GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)	**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70717232	09/11/2020 13:31	Microsoft Word - 2746278_EMBARGOS_DE_DECLARACAO_2018	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 19ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

PROCESSO: 00306899220208172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, já devidamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, por meio de seus advogados que esta subscreve, vem à presença de V. Excelência, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** promovida por **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**, opor

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO

Ante os fundamentos a seguir:

DA SÍNTESE DOS FATOS E DA CONTRADIÇÃO NA SENTENÇA PROFERIDA:

Com a mais respeitosa vênia, assim o fazendo, afigura-se a v. decisão contraditória em pontos essenciais, justificando o cabimento dos presentes Embargos de Declaração, a fim de que essa V. Exa. decida-os e confira não só efeitos integrativos, como também, modificativos ao respeitável *decisum.*

Assim, tem-se que a embargante foi condenada ao pagamento de **R$ 5.400,00, corrigido monetariamente e acrescidos de juros**.

Ocorre que, conforme explanado no mérito da sentença, o laudo traumatológico do IML, **comprova a invalidez permanente de 100% MEMBROS INFERIORES. Vejamos conclusão da perícia:**

> **Considerações:**
>
> **O periciando teve grave lesão torácica, abdominal e da coluna vertebral. O tratamento cirúrgico conseguiu salvar a vida do periciando, no entanto ficou como sequela a perda dos movimentos em ambos os membros inferiores.**
>
> **Considerando a situação clínica, conclui-se que existe danos corporais totais com Perda funcional completa de ambos os membros inferiores (100%).**

Diante dos fatos aduzidos, resta evidenciado nos autos que a r. decisão, não fez a melhor justiça, data vênia, eis que, **demonstra fundamentação e dispositivo contraditórios**, ferindo o princípio da razoabilidade, razão pela qual, a Embargante opõe o presente, com a finalidade de evitar a condenação injusta e infundada.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315932400000069336840
Número do documento: 20110913315932400000069336840

Eis que os percentuais apurados de invalidez deveriam ter sido calculados levando em consideração a indenização máxima prevista para as **lesões apuradas** e para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

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

Danos Corporais Segmentares (Parciais) **Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais**	**Percentuais** **das Perdas**	**Valor da Indenização**
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100	R$ 13.500,00

2) 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%.

Repercussão	**Valor da Indenização**
100%	R$ 13.500,00

Portanto, a Embargante esclarece que a verba indenitária deverá respeitar o cálculo apresentado acima, levando em consideração o pagamento realizado na seara administrativa na monta de **R$ 6.412,50 (seis mil e quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos) e ainda o pagamento de R$ 7087,50 de 75 % dos membros inferiores relativo ao sinistro de 11/06/2016,** **assim sendo o embargado já recebeu o limite máximo indenizável NÃO HAVENDO VALOR ALGUM A COMPLEMENTAR.**

Assim sendo, a Embargante, demonstra nesses autos, onde ocorreu o equívoco no valor da condenação arbitrado por sentença, eis que a ora Embargante fora condenada ao pagamento de indenização correspondente a gradação da lesão diversa da acometida pelo Embargado, desrespeitando legislação em apreço, afigurando-se o julgado em desvirtuamento da norma legal, merecendo ser reformada a sentença neste ponto para que haja aplicação da norma legal pertinente ao caso concreto, conforme o disposto no 3º, inciso II, da Lei nº. 11.945/2009 e Súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça.

EMINENTE JULGADOR

São essas as razões pelas quais a embargante, invocando os áureos e doutos suplementos de Vossa Excelência, confia, espera e requer sejam acolhidos e providos os presentes Embargos Declaratórios, enfrentado-se os pontos contraditórios suscitados, sob a ótica dos artigos 3º, inciso II, da Lei nº. 11.945/2009, c/c com a **Súmula 474 do STJ** e Art. 1.022 do Código de Processo Civil, conferindo-lhes efeitos integrativos, por via de consequência modificativos, para o fim de prover integralmente.

A Embargante informa que pelo fato dos presentes Embargos terem efeitos infringentes, requer que seja feita a devida intimação da parte Embargada, para que esta venha responder as presentes alegações.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315932400000069336840
Número do documento: 20110913315932400000069336840

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315932400000069336840
Número do documento: 20110913315932400000069336840

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

09/11/2020

Número: **0030689-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **09/07/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO (AUTOR)	**GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)	**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70717265	09/11/2020 13:31	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2016

Carta n°: 10207728

A/C: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3160737933 ASL-1190291/16**
Vitima:	**ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**
Data Acidente:	**11/06/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00333/00334 - carta_01

00020167

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2016

Carta n°: 10235049

A/C: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Sinistro:	**3160737933 ASL-1190291/16**
Vítima:	**ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**
Data Acidente:	**11/06/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01921/01922 - carta_02

00050961

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento *0014*

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO,
PORTADOR(A) DO RG Nº 5105361 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 02/02/2015 E
CPF 036590124-59 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO CHEFE DE TRANS.
E RENDA MENSAL DE R$ RECUSOU-SE (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXANDRE L. DA CONCEIÇÃO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3208-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0090800-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
DADOS NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife, 22 de Novembro de 2016 — Alexandre Luiz da Conceição
LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
DOCUMENTO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-045

Boletim de Ocorrência
"00001"

file:///C|/Users/Policia%20civil/Desktop/Relatorio_Preview.html

323432 26/08/2016

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC
DIM/4ªDESEC

i190291116

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0102003862

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/08/2016** às **10:45**

Complementa o BO Número: **16E0102003861**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/6/2016** às **06:16**

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Centbras Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BELEM DE JUDA, 1** - Bairro: **COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

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

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA LUIZA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **30/3/1988** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA BELEM DE JUDA, 5a - CEP: 55due-600 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Nao**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIF5791** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

DIZ A VITIMA QUE AO PILOTAR SUA MOTOCICLETA A MESMA DERRAPOU E CAIU SOBRE O SR. ALEXANDRE, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA ESPERANÇA. A VITIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA E SOFREU UM LESÃO NA PERNA DIREITA. ATENÇÃO- HOUVE REIMPRESSÃO POIS HOUVE ENGANO NA DATA E HORA DO FATO.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

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

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LADILSON NEVES CAVALCANTI DE LIMA JUNIOR** - Matrícula: **2208225**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inexistência de IML
0004

Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO, portador da carteira de identidade nº 5105361 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 036.590.124-59, residente e domiciliado na AV. BELEM DE JUDA, Nº 58 - DOIS CARNEIROS/CAVALEIRO Cidade JABOATAO, Estado PERNAMBUCO, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Líder Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Alexandre Luiz da Conceição

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 22 de Novembro, 2016

Local e data

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03208-5

CONTA: 000000090800-2

Nr. Autenticação
BRADESCO291220160500000000002370320800000009080070875 0 PAGO

PERNAMBUCO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

Comprovação de ato declaratório
0005

Nome: **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO**
Nº registro:511465
Dt. Nasc.: 02/06/79 - 37 ano (s) Sexo: Masculino
Mãe: SEVERINA LUIZA DA CONCEIÇÃO Fone: 81 8425-4155
Endereço: AV BELÉM DE JUDÁ, nº 58, ALTO DOIS CARNEIROS. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Data/hora: 11/06/2016 - 06:16 Nº pág.:1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : **AMBULÂNCIA**

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
PCT FEZ USO DE ALCOOL RELATA QUEDA DE MOTO EM BAIXA VELOCIDADE
ESTAVA DE CAPACETE CAIU DE LADO E A MOTO CAIU SOBRE SUA PERNA DIREITA.
APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MEMBROS
NEGA TCE OU PERDA DE CONCIÊNCIA OU TRAUMA EM COLUNA. PACIENTE APRESENTA RAIO X EVIDENCIANDO FRATURA EM TIBIA DIREITA COMPLETA, COMO PACIENTE APRESENA LACERAÇÃO DE PARTES MOLES, CONSIDERAR POSSIBILIDADE DE FRATURA EXPOSTA.

EXAME FÍSICO:
Peso: Altura: IMC: () Temperatura:
PA: x mmHg HGT: mg/dL
EGR, EUPNEICO E AFEBRIL
ESCORIAÇÕES EM MEMBROS
MOVIMENTOS PRESERVADOS EM COLUNA E QUADRIL SEM DOR
PERNA DIREITA COM EDEMA 1/4+ ESCORIAÇÃO E DIFICULDADE EM MOVIMENTAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
SOFFUBO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Ocean Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

CONDUTA:

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
V28 - MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSPORTE SEM COLISÃO| | CAPOTAMENTO

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:
Transferência encaminhado para: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Motivo:
Senha: 1937649

ESTE PACIENTE TEM CONDICOES DE SER TRANSFERIDO POR MEIOS PRÓPRIOS :

Dr. José Augusto Calafell
Médico
CRM-PE 22475

Dr. JOSÉ AUGUSTO CALAFELL ROIG TIBURCIO DE M
CRM: 22475

Esta conta dever ser paga com recursos publicos.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

Comprovante de residência

0015

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO,

RG nº 5105361, data de expedição 02/02/2015, Órgão SSP/PE,

CPF nº 036.590.124-59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	AV. BELEM DE JUDA
Número	Nº 58
Apto / Complemento	———
Bairro	DOIS CARNEIROS / CAVALEIRO
Cidade	JABOATÃO
Estado	PERNAMBUCO
CEP	54290-000
Telefone de Contato	81 3126 1167. 81 9836 1306
E-mail	———

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 22 de Novembro 2016

Assinatura do Declarante: Alexandre Luiz da Conceição

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

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

celpe
Grupo Neoenergia

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 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANDREZA CARLA DE MELO

CPF 047 333 034-24

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV BELEM DE JUDA 58

DOIS CARNEIROS/CAVALEIRO
JABOATAO DOS GUARARAPES PE
54290-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4000522207	07/2016
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
19/07/2016	11/08/2016
TOTAL A PAGAR (R$)	
14,86	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
001118997	ÚNICA	12/07/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/07/2016	2007608891	1737564

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,48372450	14,51
Multa por atraso-NF 001085339 - 10/06/16			0,27
Juros por atraso-NF 001085339 - 10/06/16			0,08

TOTAL DA FATURA 14,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTF	CONSUMO (kWh)
3121222352	CAT	10/06/2016	33,00	12/07/2016	33,00	32	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
JUL 16	30
JUN 16	30
MAI 16	30
ABR 16	30
MAR 16	30
FEV 16	30
JAN 16	30
DEZ 15	30
NOV 15	30
OUT 15	30
SET 15	30
AGO 15	30
JUL 15	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	14,51	1,57	0,22
PIS	14,51	7,25	1,06
COFINS			

Faturado pelo mínimo de fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,44138000

RESERVADO AO FISCO

33A9 D224.9F5A.B024 D159.2A00.6CF4.7C54

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Pagamento em atraso gera Multa 2%(Res 414/ANEEL-09/09/10) e Juros1% a m.(Lei10.438-26/04/02), no próximo mês isenção do ICMS conforme Art.9, XLVII, a, 21, do RICMS-PE. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO: CONSULTE SEU CPF/CNPJ NOS ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO

Comunicamos a não pagamento da(s) conta(s) de energia abaixo(s):

Vencto	Dias vencto	Valor	Vencto	Dias vencto	Valor
01/07/14	17/07/14	3,81			

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

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossos unidades de atendimento ao público e www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

TRIMESTRE	VALOR	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

203-564471414-0

21/Jul/2016 HORA DF 11:34:15

LOT. 15.14143-2 TERM 01640
LOCALIDADE: RECIFE
AG. VINCULADA: 0045

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 14,86

838000000009 148600110045
000522207103 040898440431

203-564471414-0

1ª VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Comprovante de residência

0015

Pedido de serviço para Via para Pagamento Gru

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 0905943-93

celpe
Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

DATA DE VENCIMENTO
04/08/2016

TOTAL A PAGAR
R$ 163,62

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
21/07/2016

DATA DA APRESENTAÇÃO
28/07/2016

NÚMERO DA NOTA FISCAL
002683800

CONTA CONTRATO
2525983016

CLASSIFICAÇÃO
COMERCIAL
Monofásico
B3

ENDEREÇO
RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR AP-104 -COND EDFR SIGMA TRADE CENTER -ILHA DO LEITE/RECIFE -50070-490 RECIFE PE -

PERÍODO CONSUMO
21/06/2016 a 21/07/2016

CONSUMO
214

ICMS - BASE DE CÁLCULO R$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R$ 35,65

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
2525983016	07/2016	R$ 163,62	04/08/2016

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

Declaração Circular SUSEP 445/12
0030

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Giselle Valença de Medeiros, portador(a) do RG nº 2,574273, expedido por SSP PE, em 12/11/1985, CPF/CNPJ nº 633.249.034-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Luiz da conceição do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Alexandre Luiz da Conceição, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12,declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso-me Renda Mensal: R$ Recuso-me

Documentos comprobatórios: Recuso-me

Giselle Valença de Medeiros
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

0740P 1046

Assinar e Carimbar a Guia do Convênio

RE
si

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

F.EMG.10

1034

Documentação médico Hospitalar *0006*

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEI
Nasc:03/06/197
Reg:1158774 Pront:0003501
UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada:11/06/2016 - Hora:10:4
Matricula:99400185067 7001
N.Soc:
Leito: UR

Procec

☐ Dor ☐ Care ☐ Outros:

* Caso pr modiálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIH.

Horá RT h

QUEI

SSVV: FR PA

SATURAÇÃO O2

TEMPERATURA

DOR ( ) SIM ( ) NÃO LOCAL

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☐ Não Tabagismo ☐ Sim ☐ Não Alergias ☐ Sim ☒ Não
Quais:

DM ☐ Sim ☐ Não Etilismo ☐ Sim ☐ Não

Outros:

Medicamentos em uso

Nega

Ass. Enfermagem:

Horário do início do atendimento médico h

H.D.A

Paciente vítima de acidente de moto há 9 horas
nega perda de consciência, náuseas e vômitos,
apresentando Dor dos ombros do Braço D, não
relata dor no local, nega outros queixas

Asma/DPOC ☐ Sim ☐ Não Angina/IAM ☐ Sim ☐ Não Internamento últimos 60d ☐ Sim ☐ Não
Motivo:

AVC ☐ Sim ☐ Não Dist. coag. ☐ Sim ☐ Não

Convulsões ☐ Sim ☐ Não Neoplasia ☐ Sim ☐ Não Uso de ATBs nos últimos 60d ☐ Sim ☐ Não
Quais:

IRA/IRC ☐ Sim ☐ Não Uso de QT ☐ Sim ☐ Não Cirurgias Prévias ☐ Sim ☐ Não
Quais:

Outros:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR irpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Ulcera de Pele grau
Tipo Corte - Podáveis

Perdas de sensibilidade
nos Pés

Hipóteses diagnósticas

1 - Fratura dos Ossos do Braço D. CID 10:

2 - CID 10:

Ass. Médica:

Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Ortopedista Traumatologista
CREMEPE

HOSPITAL ESPERANÇA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10d
Reg: 1158797 - Pront: 000350195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 09940018506717001
N.Soc:
Leito: 220-B

Nome: Alexandre Luiz da Conceição Registro: 1158797

Data da Cirurgia: 13/06/16 Início: _____ Término: _____ Leito: _____

Cirurgião: Dr. Daniel Campos 1º Auxiliar: Dr. Thiago Tavares

2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____ Instrumentador: Widiane

Anestesista: Mirella Tavares

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de tíbia direita

Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

Cirurgia Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia + osteotomia de fíbula + tiroplastia do tendão patelar

Cirurgia Realizada: A mesma

Relatório imediato do patologista: ∅

Exame radiológico no ato: Intraoperatórios

Intercorrências durante a cirurgia: Necessidade de abrir o foco de fratura pois tinha partes moles interpostas

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 / Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52.011-040

Descrição Cirúrgica

Via de acesso, tática e técnica, ligaduras, drenagem, sutura, material empregado, aspecto vísceras.

(1) Paciente em DDH + raquianestesia + sedação
(2) Asepsia + antissepsia + aposição de campos estéreis
(3) Incisão em face anterior da perna bordo ⊥ + ~ 10cm + diseções por planos + osteotomia da fíbula + exposição do platô tibial
(4) Introdução de fio guia em platô tibial + fresa do osso proximal da ona com motor
(5) Redução (sem efeito)
(5) Incisão em região anterolateral do joelho por na altura da fratura + diseções por planos + retirada de partes moles da fratura da tíbia + redução da fratura
(6) Fresagem do canal medular
(7) Introdução da haste da tíbia Taimes 10 / 350 + 5 parafusos de bloqueio + 1 tampão
(8) Tenoplastia do tendão patelar + reparo de hemostasia

Dr. Thiago Luiz Tavares
Ortopedia / Trauma
CRM-PE 10.[illegible]

☐ ES1	Paciente requer intervenção imediata? - Irresponsivo, apnéia, entubado (ou que precise ser entubado) sem pulso(PCR), anafilaxia, sofrimento respiratório, trauma grave/queda sem resposta, afásico, dor no peito com sudorese /palidez, instabilidade, hemodinâmica.
☐ ES2	Suspeita de SCA, SIRIS, confuso letárgico, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), prenhez ectópica estável, QT com febre, intoxicação exógena.
☐ ES3	2 ou mais recursos
☐ ES4	1 recurso
☐ ES5	Nenhum recurso

Exames solicitados

☐ Laboratório ☐ ECG ☐ LCR ☐ TC_____ ☐ RMN_____ ☒ Radiografia Sér. + Trans ☐ USG_____

☐ Hematologia ☐ Bioquímica ☐ Gasometria ☐ Coagulograma

Resultados de exames solicitados

Laboratoriais: horário realização:

USG: horário realização:

TC: horário realização:

RMN: horário realização:

Radiografia: horário realização:

ECG: horário realização:

LCR: horário realização:

Prescrição

Hora	Medicação	Apresentação	Quantidade	Via	Médico	Hora Adm.	Técnico
11:15h	Profenid	100g	+ 100ml SF 0,9%	EV	Dr. Lucas M. G. de Medeiros Ortopedia e Traumatologia CREMEPE 20.220	12:50	DM 225738
	Tramal	100g	+ 100ml SF 0,9%	EV		13:50	DM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 0
Graças - Recife - PE - CEP 52011-000

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
Reg: 1163714 - Front: 000350195
UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41
Matricula: 9940018506717001
N.Soc:
Leito: URGEN

REDE D'OR SÃO LUIZ	FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL					ESPERANÇA
	Elaboração 06/11/2014	Efetivação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01	Página 1/2	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME	
DATA	13/06/16
REGISTRO	
LEITO	
DIAGNÓSTICO	F. de TIBIA

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
Sexo: M Pront: 000350195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matrícula: 09940018506717001
N.Soc:
Leito: 220-B

	RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO À DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN												
CD:	☐ MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17
	RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRC, OLIGÚRICOS												
CD:	☐ SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.												
	RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA, EVIDECIANDO POR SINAIS FLOGÍSTICOS ESCALA DE MADOX.												
CD:	☑ TROCA DE AVP A CADA 72h	INT 11/06				TROCA 14/06							
	☐ TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.												
	☑ VIGILÂNCIA DO SITIO DE PUNÇÃO.												
	RISCO DE SANGRAMENTO / HEMORRAGIA RELACIONADO A:												
CD:	☐ USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).												
	☐ PROCEDIMENTO CIRÚGICO: _____												
	☐ MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.												
	☐ VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
	RISCO PARA DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA												
	☐ CLORETO DE POTÁSSIO.												
	☐ CLORETO DE SÓDIO 20%.												
	☐ SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.												
	☐ ADRENALINA.												
CD:	☐ VIGILÂNCIA DE FC/PA.												
	☐ MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).												
	RISCO DE HIPOGLECEMIA / HIPERGLICEMIA /COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM.												
CD:	☐ INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.												
	☐ MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
	RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO Á GAVAGEM DE DIETA POR SNE/GTT/DISFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS/OUTROS:												
CD:	☐ MANTER CABECEIRA A 45°	07h – 19h				19h – 07h							
	☐ ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N.												
	☐ MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.												
	☐ MANTER O USO DE PERÍOGARD EM PACIENTE TQT.												

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
Recife - PE - CEP 52011-040

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

Anotações de enfermagem

Paciente atendido pelo ortopedista na urgência, pérnico do com autoguard nº 20 s/ êxito e outro nº 20 com êxito + ivipiru em HSB medicado conforme prescrição médica - segue aos cuidados da enfermagem -

Daiane Meyces
Téc. Enfermagem
COREN 225738

Luva Proc (Par): 02	Equipo Simples (Unid.): 01
Luva Estéril (Par):	Equipo p/ Med (Bic)
Capote:	Seringa 10cc
Fraldão:	Seringa 5cc: 02
Algodão Hidrof (Pac. 100g): 02	Seringa 3cc
Agulha 13x4,5:	Seringa 1cc:
Agulha 25x7:	Cateter Autoguard Nº: 20 (02)
Agulha 25x8:	Polifix:
Agulha 25x1,20:	Iv Fix: 01
Agulha 40x12: 02	Microclave:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE | MODERADA | INTENSA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Reavaliações

HORA:

HORA:

HORA:

HORA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-031

Diagnóstico final do serviço de emergência

1 - CID 10:

2 - CID 10:

3 - CID 10:

Horário de Conclusão do atendimento ___ : ___ h

Destino do paciente

☐ Alta hospitalar ☐ Alta a pedido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Transferência

☐ Internamento ☐ UTI ☐ Apartamento ☐ Encaminhamento a outra especialidade

Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 28.220

Médico responsável pela conclusão do atendimento (assinatura e carimbo)

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
08:00	Recebo paciente em EGR, consciente orientado, afebril, eupnéico, mucosa anicterica, restrito no leito, c/ AVP hidrolizado, em dieta zero p/ procedimento cirúrgico, se encontra aguardando o bloco.
12:45	pós retorno do B. e consciente, orientado dieta liberada após efeito anestésico, AVP HIT SSVV estáveis, segue aos cuidados
13:00	medicado conforme prescrito
18:00	medicado conforme prescrito segue aos cuidados.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DPVAT
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Sala 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-022

Nome técnico de enfermagem / COREN

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
19h	Paciente orientado EGR, consciente orientado, eupnéico, normocorado, acianótico, deambulando c/ acompanhante, mantendo hidratação ingerindo antibiótico sem reações
20h	Paciente medicado conforme prescrição medica
23h	Paciente medicado conforme prescrição medica
	Paciente c/ MID edemaciado
02h	Paciente medicado conforme prescrição medica
06h	Paciente medicado conforme prescrição medica

Joyce Dutra
Tec. Enfermagem
COREN: 142902

Nome técnico de enfermagem / COREN

Joyce Dutra
Tec. Enfermagem
COREN: 142902

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

HOSPITAL ESPERANÇA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

F.INS.22

DATA: 14/06/16 PESO: _____ Kg

Nome: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m9d
Reg: 1158797 Pront: 000350195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matrícula: 099400185067170001
N Soc:
Leito: 220-B
Re
Dat
Hora

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS :

CARIMBO DA SENHA: ENVIADA EM 14/06/16 Às 18:36 hs. ADM: Gizu

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA: (ESPAÇO P/ MÉDICOS E NUTRIÇÃO): Dieta livre

APRAZAMENTO DA DIETA

CHECAR	CHECAR	CHECAR	HORA DO INÍCIO	HORA DO VENCIMENTO
	SNG	1ª ETAPA		
		2ª ETAPA		

MEDICAÇÕES

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	Jelco hidratado			Contínuo	manter
2	cefalotina 1g	1 FA	IV	6/6h	08 14 20 02
3	Dipirona 1g	2 ml	IV	6/6h	08 14 20 02
4	Profenid 100mg	1 amp	IV	12/12h	18 06
5	Tramal 100mg	1 amp	IV	8/8h	SIN SIN
6	Zofran 4mg	2 ml	IV	8/8h	SIN SIN
7	Clexane 40mg	1 amp	SC	24/24h	23
8	MID elevado				ciente
9	curativo				ciente
10	sito manutenção				ciente
11	CCGG, SIN -				Gráfico
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja
Graças - Recife - PE - CEP 52011-0

Simone Coutinho
Enfermeira
COREN-PE 146.172

Dr. Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 2013

MÉDICO (A) | ENFERMEIRO (A) 1ª CHECAGEM | ENFERMEIRO (A) 2ª CHECAGEM

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
07hs	Recebo plantão a paciente com EGR, consciente, orientado, eupneico, afebril, normotenso, normosfigmico, com AVP em MSE em hidratação, deambula com ajuda de muletas segue os cuidados.
08hs	Adm. cefalotina + dipirona c/P.M. Aferido SSVVs.
12hs	Puncionado com 02 autoguard nº 20 01 com exito e sem exito + Tequadurm + polifix.
14hs	Adm. cefalotina + dipirona c/P.M. Aferido SSVVs.
18hs	Adm. profenid c/P.M, segue sem queixas no momento

Cynthia C. Leite Albertim
Técnica de Enfermagem
COREN-676.963

09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 loja 3
Graças, Recife-PE. CEP 52.011-...
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
CENTRO DE SINISTROS
DPVAT

Nome técnico de enfermagem / COREN

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno 14.06.16
	Recebo o plantão c/ pact. em VOR, consciente, orientado, em repouso no leito, c/ curativo em MID, c/ AVP em MSD + hidratação, SSVV normais, sem queixas no momento, pact. segue cuidados da equipe de enfermagem. — Drately
obs.	Retirei-se de alta hospitalar, e às 20:20 deixa a unidade, sem alterações e sem intercorrências. Drately 561.915

Nome técnico de enfermagem / COREN Drately Souza 561.915.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

HOSPITAL ESPERANÇA	SUMÁRIO DE ALTA / RESUMO DE TRANSFERÊNCIA	F.INS.02

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nasc:03/06/1979 S:37a0m9d
Reg:1158797 - Pront:000350195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada:11/06/2016 - Hora:14:49
Matricula:09940018506717001
N.Soc:
Leito: 220-B

DATA: 14/06/16
HORA: 18 00

Paciente: Alexandre Luiz da Conceição
Data da Admissão: 11/06/16 Data da Alta: 14/06/16
Incluído em Protocolo? ( ) sim (X) não Qual?

Resumo da história clínica

Paciente submetido a tratamento cirúrgico sem intercorrências

Diagnósticos:

1 Fratura do terço médio 3
2 4

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Destino:

(X) Alta para acompanhamento ambulatorial ( )Transferência para internamento domiciliar
( )Transferência para outro serviço

Programação/ Orientação após alta:

Medicamentos (listar): Cefalexina + Naptam

Restrição para atividade física. Número de dias:
Dieta especial/ restrição dietética:
(X) Fisioterapia motora ( ) Fisioterapia respiratória ( ) Fonoterapia
Retornar ao consultório do médico assistente em dias.

Outras Observações: Retornar ao consultório do Dr. Daniel semana seguinte. Hora 13:30h dia 22/06/16

Atenção: Em caso de emergência, comunique-se com seu médico ou dirija-se ao serviço de emergência do Hospital Esperança, trazendo consigo esta via.

Médico (Assinatura e carimbo)

Elaborador:	ADRIANA PASSOS; EDILENE TABARELLI		
Aprovador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão: 30/04/2010	Revisão: 02	Data da Revisão: 21/02/2013	Página: 1□ de 1□

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

HOSPITAL ESPERANÇA	TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL- NRS 2002	F.MTN.04

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
Reg: 1158797 - Pront: 0003501951
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 09940018506717001
N.Soc:
Leito: 220-B

Parte 1. Triagem inicial		Sim	Não
1	Paciente apresenta IMC < 20,5?	X	
2	Houve perda de peso nos últimos 3 meses?		X
3	Houve redução na ingestão de alimentos na última semana?		X
4	Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou em UTI?		X

Sim: se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, continue e preencha a parte 2.
Não: se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2. Triagem do risco nutricional

Estado nutricional		Gravidade da doença (efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado nutricional normal.	**Ausente** (Pontuação 0)	Necessidades nutricionais normais.
Leve (Pontuação 1)*	Perda de peso > 5% em 3 meses **ou**; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	**Leve** (Pontuação 1)*	Fratura de quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); diabetes, câncer; hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)*	Perda de peso > 5% em 2 meses **ou**; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida **ou**; Ingestão alimentar abaixo de 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	**Moderado** (Pontuação 2)*	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)*	Perda de peso > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) **ou**; IMC < 18,5 + condição geral comprometida **ou**; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	**Grave** (Pontuação 3)*	Trauma craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10).

Escore total = 2

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); **B.** Some os dois escores para obter o escore total: **C.** Se o paciente apresentar idade >= 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Pontuação >=3: o paciente está em risco nutricional e a terapia nutricional deve ser iniciada.
Pontuação <3: no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

***Pontuação = 1:** a necessidade protéica está aumentada, mas o Déficit Protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

***Pontuação = 2:** a necessidade protéica está substancialmente aumentada e o Déficit Protéico pode ser recuperado, na maior parte dos casos, com o uso de suplementos orais/dieta enteral.

***Pontuação = 3:** a necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperado adequadamente pelo uso de suplementos orais/dieta enteral.

Fonte: Kondrup et al, 2003.

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
CONFERIDO NA VERSÃO ORIGINAL
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 719 - Andar
Graças - Recife - PE - CEP 52.011-

Glayce Janine Bezerra
Nutricionista
CRN6 8535
12/6/16
Nutricionista

Elaborador:	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

HOSPITAL ESPERANÇA

FICHA DE ANESTESIA

Data: 13/06/2016 Acomodação: ENF.

URGÊNCIA

F.ANS.01

Paciente	Sexo	Cor	Idade	Risco
	M	Parda	37a	II

CRM: 18007 Nome do Anestesista: Mirella Tavares Nome do Cirurgião: Daniel Campos

Medicação Pré-anestésica: Dormonid 5mg

Urgência ☐ NÃO ☒ SIM

Cirurgia: Hto eti de fratura de tíbia (D)

Horas	08:40h	09:40h	10:40h
O_2			
N_2O			
Líquidos	RL	RL	
SaO_2	97	97	97
$ETCO_2$			
ECG			

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10d
Reg: 1158797 - Pront: 000350195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 099400185067170 01
N.Soc:
Leito: 220-B

Drogas usadas / Quantidade:
Morphina 80mg
Neve-ter 0,5g 14m
Dexamet 4mg
Cetoprofeno 2g
Metoclopramida 2g

Técnicas Anestésicas: Raquianestesia Pote sentado, punção mediana, agulha Quincke 26G, L3-L4, LC, D e fixa 1/ intervertebral

Anotações: Nega comorbidades. Nega alergias. Jejum (D)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 DEZ 2016 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graças - Recife - PE - CEP 52011-050

Monitorização
- ☒ Cardioscópio
- ☒ Oxímetro
- ☒ PNI
- ☒ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Estet. Pré-cordial
- ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado
☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Entubado

Destino
☒ SRPA ☐ UTI ☐ Externo
☐ Apart./ Enf.

Caso encaminhamento para apartamento: Paciente preenche critérios de alta SRPA?
☐ SIM ☐ NÃO

Escore de Aldrete: _____

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

Verificação do funcionamento antes do procedimento:

Carro de Anestesia ☒ SIM ☐ NÃO

Material de Assistência Ventilatória ☒ SIM ☐ NÃO

Dra. Mirella Tavares
Médica Anestesiologista
CRM-PE 18.092.074-10 / CBO - 225104

FICHA DE ADMISSÃO NA SRPA

(01)

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m10d
Res: 1158797 - Pront: 000350195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matrícula: 09940018506717001
N.Soc.:
Leito: 220-B

Data: 13/06/16 Hora: 11:00

ASA: I

Internado: ☒ Sim ☐ Não

Urgência: ☐ Sim ☒ Não

Patologias prévias e medicações em uso:

Intercorrências no transoperatório:

Parâmetros na saída da SO e evolução na SRPA

Hora/ Parâmetro	H: 11:00 ADMISSÃO	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H: 12:30 Alta SRPA
PA	132x64								110x66
SpO2	99%								99%
Consciência	Sonolento								Acordado
Atividade	Bloqueio 2 MMII								Mov. MMII
Respiração	Espontânea								Espontânea
Freq. Resp.	–								–
Diurese	Espontânea								Espontânea
Freq. Card.	91								79
Aval. Numér. DOR	–								–
Temp °C	Afebril								Afebril

Evolução Médica:

Paciente admitido para SRPA após Raquianestesia. No momento ECG, ingurgitado, hidratado, consciente e orientado. Sem queixas. Bloqueio motor em MMII. Mantido vigilância.

Prescrição Médica:

Monitorização / Medicação	Horário	Enfermagem
S. Monitorização	1100	
O2 suplementar p/ SpO2 <93%	11	11067065
RL 500 ml 18 KM	12	
Aquecido	Rotina	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3
Graças - Recife - PE - CEP 52011-...

Uso de: ☒ Manta térmica ☐ Meias elásticas ☐ Compressa gelo curativo ☐ Outros

Intercorrências:

Condições de Alta/Escore Aldrete e Kroulik modificada:

Acordado, sem queixas, estável, deambulando. Aldrete 10 - Alta p/ apto.

Alta Médica da SRPA: Data: 13/06/16 Hora: 12:30 Destino: ☒ Apt/Enf. ☐ UTI ☐ Residência

Assinatura / carimbo

Escala de Aldrete e Kroulik modificada

Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota
Atividade		**Respiração**		**Consciência**		**Circulação (PA)**		**SpO2**	
Move 4 membros	2	Profunda, tosse	2	Completamente acordado	2	±20% nível pré-anestésico	2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2
Move 2 membros	1	Limitada, dispnéia	1	Despertando ao chamado	1	±20% a 49% nível pré-anestésico	1	Mantém SpO2 > 90% com O2	1

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

ESPERANÇA
RECIFE

ADMISSÃO

F.INS.50

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO: Alexandre Luiz da Conceição

DATA DE NASCIMENTO: / /

REGISTRO:

DATA DA ADMISSÃO: 11/06/16

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nasc:03/06/1979 - 37a0m8d
Reg:158714 - Pront:00035019
UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada:11/06/2016 - Hora:10:41
Matricula:99400185067170001
N.Soc:
Leito: URGEN

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE: MA: ~~Dr. Antônio Neto~~

FONE:

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: Fx dos Ossos da Perna (D)

H.D.A.:

Paciente vítima de acidente de trânsito há 2 horas, nega perda da consciência, náuseas e vômitos. Relata dor importante em perna (D) e deformidade em membro. Extremidade e Escoriações no Membro. No Rx apresenta fraturas distróicas dos ossos da Perna D.

EXAME FÍSICO

Dor à palpação + Dificuldade de deambular

AR: FR_____irpm SaTO$_2$: _____

TEMPERATURA: _____°C

ACV: PA____/_____ mmHg FC_____bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO
CONFERIDO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja
Graças - Recife - PE CEP 52011

TERAPÊUTICA/ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Elaborador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO		
Aprovador:	ADRIANA PASSOS		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão: 03/09/2014	Revisão: 01	Data da Revisão: 03/09/2016	Página: 1 de 2

Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 20.220

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

ESPERANÇA
RECIFE

ADMISSÃO

F.INS.50

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Alexandre Luiz da Conceição
IDADE:
REGISTRO:
DATA DA ADMISSÃO: 11/06/16

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
Reg: 1 58787 1 - Pront. 0003501354 1
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 0994001850671700 1
N.Soc:
Leito: 220-B

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE: Dr. Daniel Campos
FONE:
QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: Dor em perna dir
H.D.A.: Dor em perna dir após acidente de moto

EXAME FÍSICO

AR: FR_____irpm $SaTO_2$: _____
TEMPERATURA: _____°C
ACV: PA____/____ mmHg FC_____bpm
ABD:
SNC:
EXTREMIDADES: Deformidade + edema + crepitação em perna dir

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA/INDICAÇÃO ANTIBIOTICOTERAPIA

0

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fratura de tíbia dir

CONDUTA/PLANO DE CUIDADOS

Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia

CHECKLISTS

☐ SEPSE	☐ DOR TORÁCICA	☐ AVC	☐ PAC
☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO	☐ HEMORRAGIA DIGESTIVA	☐ IDOSO FRÁGIL	☐ CUIDADOS PALIATIVOS
☐ CONTROLE GLICÊMICO	☐ TEV	☐ PNM NA CRIANÇA	☐ ASMA NA CRIANÇA

DEPARTAMENTO DE REGISTROS DRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente que cuida
Av. Rui Barbosa, 1150 - Graças - Recife - PE - CEP 52011-000

Dr. Thiago Araújo C. Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 21013

MÉDICO
(ASSINATURA E CARIMBO)

Elaborador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO		
Aprovador:	ADRIANA PASSOS		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão: 03/09/2014	Revisão: 00	Data da Revisão: 03/09/2016	Página: 1 de 1

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

ESPERANÇA RECIFE	ADMISSÃO	F.INS.50

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- Fx dos ossos do Perna D
- Fx diafisário da tíbia D

CONDUTA / PLANO TERAPÊUTICO

Intervenção para Instalação Cirurgia

PROTOCOLOS

☐ SEPSE	☐ DOR TORÁCICA	☐ AVC	☐ PAC	☐ ITU
☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO	☐ HEMORRAGIA DIGESTIVA	☐ IDOSO FRÁGIL	☐ CUIDADOS PALIATIVOS	
☐ CONTROLE GLICÊMICO	☒ TEV	☐ PNM NA CRIANÇA	☐ ASMA NA CRIANÇA	

EXAMES SOLICITADOS

☐ USG	☐ TC	☐ RM	☐ ECO	☐ EDA
☐ BRONCOSCOPIA	☐ LABORATÓRIO	☐ CINTILOGRAFIA	☐ SWABS DE VIGILÂNCIA	

ISOLAMENTO INDICADO

☐ ISOLAMENTO DE CONTATO	☐ ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO	☐ PADRÃO

DROGAS DE USO INCLUSIVE ANTIBIÓTICO

☐ DROGA VASOATIVA	QUAL (AIS):	
☐ ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO:_____DIAS

DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Dr. Lucas M. G. de Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CREMERE 20.220
Gente S.A.
Graças a Deus PE

MÉDICO
(ASSINATURA E CARIMBO)

Elaborador:	COMISSÃO DE PRONTUÁRIO		
Aprovador:	ADRIANA PASSOS		
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Data da Emissão: 03/09/2014	Revisão: 01	Data da Revisão: 03/09/2016	Página: 2 de 2

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

HOSPITAL ESPERANÇA

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

F.INS.24

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nasc: 03/06/1979 37a0m8d
Reg: 1158714 Pront: 00035019
UNIMED RECIFE/EM - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 10:41
Matricula: 9940018506717001
N.Soc:
Leito: URGEN

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
	Paciente deu entrada neste serviço encaminhado da UPA após queda de moto há +9 hs. com queixa de dor + deformidade em perna (D) + escoriações pelo corpo. Nega TCE, perda de consciência e trauma em coluna. Realizou
14 hs. 11/06/16	Rx e imobilização em MID. Após resultado solicitado internamento cirúrgico. HD: Fratura de tíbia (D). Segue com EGR, consciente, orientado, SSVV estáveis, eupneico, hidratado, corado, afebril, puncionado AVP em MSE em medicação, com MID imobilizado, em repouso no leito. Segue com solicitação de exames pré-op. para serem realizados no internamento. Risco e conduta em anexo.
11/06/16 16:20h	SOV - Fratura de tíbia D. Paciente lúcido, sem queixas, consciente, corado, eupneico, hidratado, bom estado geral. Bloq. perfusão pulmonar (D): hyporaeda AV - ok

Rosa Angela Engenheira Cardiologista CONTER 20750

DEPARTAMENTO DE SINISTROS SEGAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 DEZ 2016 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 Loja 3 Graças - Recife - PE - CEP 52011-030

Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 2101

11/06 16

Fratura tíbia (D)
S/ outras comorbidades
NEGA HAS, DM, DRC, HF (-) DAC, TAB, TDM
USO EM UM MOMENTO
NEGA ALERGIA. CIRURGIA PRÉVIA SIM
AO MUSCULO NÃO
PA:
ECG: RS + ritmo e FC 100 bpm
Ritmo Convencional com I (baixo)
Sem protrusão p/ TVP / TEP. c/ alterações

Dr. Carlos Eduardo G. Santos
CRM 16644 - PE
Cardiologia Intervencionista

HOSPITAL ESPERANÇA

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

F.INS.24

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m9d
Reg: 1158797 - Pront: 00035019
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matrícula: 09940018506717001
N.Soc.
Leito: 220-B

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
13/06/16 11:00h	SOY - Nota operatória Paciente com fratura de ossos da perna D.D., sendo submetido a tratamento cirúrgico com haste fresada de tíbia bloqueada. Tendo, assim, sido realizada a redução com parafusos de bloqueio, por não conseguirmos alcançar a redução da fratura, permanecendo, por mais tempo, imobilizado, aguardando sua estabilização, assim, sendo realizada a redução aberta. SIA

Dr. Thiago José S. Maranha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24913

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

HOSPITAL ESPERANÇA

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

F.INS.24

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m9d
Reg: 1158797 - Pront.: 000350195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14.49
Matrícula: 09940018506717001
N.Soc:
Leito: 220-B

E	Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
	12/06/16 18:30	SOF - Paciente de leito 09 paciente lúcido, sem queixas, sistema hídrico mantido. CD: abdômen mórbido p/ amanhã dia 8h da manhã. Mantido jejum e posição de Merz - nada

Dr. Thiago José J. C. Araújo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 21.713

Informações

Paciente retorna do bloco cirúrgico às 20:40, em POI, de fratura de tíbia D, sinais vitais estáveis, consciente, orientado, em repouso no leito, acianótico, anictérico, afebril, eupneico em ar ambiente, eliminações fisiológicas, pele FO em MID íntegro, AVP em MSE com troca para 15/06, sem sinais de flebite, aceita por via oral, com boa aceitação, risco para queda + flebite, cama travada, grades elevadas, 72 horas, sem sinais de AVP a cada cuidados, sem queixas, segue aos

DEPARTAMENTO DE AUDITORIA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Suzana Lima
Enfermeira
COREN-PE 306.806

14/06/16 12:05 Paciente Evoluindo Pós DPO fratura de Tíbia D; consciente e orientado; acianótico; anictérico; eupneico; afebril ao leito; AVP em MSE com troca dia 17/06; Dieta VO; Queixa (+) curativo em FO MID limpo; MID elevado; risco de queda + flebite: cama travada + grades elevadas; troca AVP cada 3dias. Segue aguardando visita médica.

Rosália Maria da Silva
Enfermeira
COREN: 470.141

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
11/06/16	# ENFERMAGEM # Paciente admitido procedente de EMERGÊNCIA. Paciente consciente orientado, deambulando. Eupnéico, em ar ambiente. Chegou em AVP em MSE. Comunicativo. Dieta VO. Diurese espontânea presente. Apresenta escoriações em todo o corpo. Apresenta tala em MID. Polícia do ECG e realizado parecer cardiologia. Riscos: queda, flebite e infecção. Conduta: elevar e tracionar membros, trocar AVP após 72hs e comunicar SAMU ocorrências. Dra. Mariana A. de Sá Enfermeira Intensivista Titulada AMIB/ABRAMTI COREN 258.357
12/06/16	# Enfermagem # Paciente estável, orientado, restrito ao leito devido a fratura com imobilização em MID, corado, eupnéico, afebril, dieta VO +, AVP em MSE r=14106, dP. Já o parecer do cardio, Aguardando parecer de cirurgia. Segue os cuidados da enfermagem. Risco p queda + flebite. Cumulep. 360711 DEPARTAMENTO DE REGISTROS E CONTROLE ACADÊMICO CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 DEZ 2016 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa Loja 5 Graças - Recife - PE CEP 52011-000
12/06/16 13:15h	Assistência Nutricional - Dietoterapia. Admissão. HD: Fratura da tíbia. Paciente consciente, orientado, ECG. Nega comorbidades e alergia alimentar. Sem queixa de náusea e vômito. Evacuação ausente, diurese presente. Exame físico: depleção de massa muscular. Antropometria: Peso 72kg, Altura 1,88m, IMC: 20,3 Kg/m². Diagnóstico nutricional: Eutrófico (OMS, 98). Risco nutricional: Ausente (NRS, 02). Nível de assistência: Primário. Meta nutricional: 2160kcal e 108g/dia. Conduta: Dieta por via livre fracionada 6 refeições. Frequência: 7 a 10 dias. Observar aceitação da dieta. Segue acompanhamento.

Elaborador: JANNY LEONOR
Aprovador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO
Homologador: SISTEMA DE GESTAO DA QUALIDADE

Glayce Janine Bezerra Nutricionista

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
14/06/16 18:00	SOS - 1º D.P.O. - fratura de tibia dx Paciente lúcido, com dor leve em membro dx ao exame: - Geral: BEG, alerta, corado, hidratado, afebril - FC com bom ritmo - Edema +++ - Boa perfusão periférica - Sensibilidade e motricidade preservada - Paciente de alta CD: alta hospitalar Dr. Thiago [illegible] Ortopedia e Traumatologia CRM-PE [illegible]
14/06/16 19hs	Segue de alta hospitalar. Simone [illegible] Enfermeira COREN-PE 145.172

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Elaborador: JANNY LEONOR			
Aprovador: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO			
Homologador: SISTEMA DE GESTAO DA QUALIDADE			
Data da Emissão: 20/01/2011	Revisão: 01	Data da Revisão: 20/01/2012	Página: 1 de 1

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
11:00	Paciente admitido na urgência p/ parecer do ortopedista, vítima de fratura em MID. consciente, orientado, eupnéico, normotenso, normocorado, afebril, Negra (HAS, DM e alérgicas) aguardando internamento cirurgico. Segue aos cuidados da Enfermagem.

Deyse Mercês
Téc. Enfermagem
COREN 225738

SEGURADORA
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
LAUDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Conceição - Recife - PE - CEP 51111-011

Luva Proc (Par):_____ Equipo Simples (Unid.):_____
Luva Estéril (Par):_____ Equipo p/ Mel (Bic) _____
Capote:_____ Seringa 10cc:_____
Fralda:_____ Seringa 5cc:_____
Algodão Hidrof (Pac. 100g):_____ Seringa 3cc:_____
Agulha 13x4,5:_____ Seringa 1cc:_____
Agulha 25x7:_____ Cateter Autoguard IV:_____
Agulha 25x8:_____ Polifix:_____
Agulha 25x1,20:_____ Iv.Fix:_____
Agulha 40x12:_____ Microclave:_____

Nome técnico de enfermagem / COREN

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno

Luva Proc (Par):_____ Equipo Simples (Unid.):_____
Luva Estéril (Par):_____ Equipo p/ Mel (Bic) _____
Capote:_____ Seringa 10cc:_____
Fralda:_____ Seringa 5cc:_____
Algodão Hidrof (Pac. 100g):_____ Seringa 3cc:_____
Agulha 13x4,5:_____ Seringa 1cc:_____
Agulha 25x7:_____ Cateter Autoguard IV:_____
Agulha 25x8:_____ Polifix:_____
Agulha 25x1,20:_____ Iv.Fix:_____
Agulha 40x12:_____ Microclave:_____

Nome técnico de enfermagem / COREN

HOSPITAL ESPERANÇA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

F.INS.22

DATA: ____/____/____ PESO: _____ Kg

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
Reg: 1158797 - Pront: 000350195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 09940018506717001
N.Soc:
Leito: 220-B
Hora: _____

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS :

CARIMBO ARSENAL: ENVIADA EM 11.06.16 As 16 06 hs. ADM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA: (ESPAÇO P/ MÉDICOS E NUTRIÇÃO): Dieta VO livre para 2 dias

Glaucia Maria Bezerra Nutricionista CRN6 8535

APRAZAMENTO DA DIETA

PACIENTE EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL ORAL	MODULOS	PACIENTES EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL		
CHECAR	CHECAR	CHECAR	HORA DO INICIO	HORA DO VENCIMENTO
SND		1ª ETAPA		
		2ª ETAPA		

MEDICAÇÕES

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	Novalgina + AD	1G	EV	6/6h	18 24 06 12 18
2	Soro Hidrolisado				Montar
3	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%		EV	8/8h	20 06 14
4	Profenid + 100ml SF 0,9%	100mg	EV	12/12h	20 08
5	Zofran + AD	4mg	EV	8/8h	S/N S/N
6	Clexane 0,4mg	20mg	SC	1x/dia	18 19
7	Cefalotina + 100ml SF 0,9%	1G	EV	6/6h	18 24 06 12 18
8	Pantocal + Diluente	40mg	EV	1x/dia	06
9	SSVV + CC CG				Gráfico
10	Solicito Parecer cardiologia				Comunica
11	laboratorio				
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Bárbara Roche Enfermeira COREN: 299.184

Dr. Lucas M. G. de Medeiros Ortopedia e Traumatologia CREMEPE 20.220

Dr. Thiago Ortopedia e Traumatologia CRM 2013

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 DEZ 2016 Gente Seguradora S.A. Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Recife - PE CEP 52011-045

MÉDICO (A) | ENFERMEIRO (A) 1ª CHECAGEM | ENFERMEIRO (A) 2ª CHECAGEM

REDE D'OR SÃO LUIZ	FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL					ESPERANÇA
	Elaboração 06/11/2014	Efetivação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01	Página 1/2	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME	
DATA	11/06/16
REGISTRO	
LEITO	
DIAGNÓSTICO	F. de Tibia

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Nasc: 03/06/1979 - 37a0m8d
Reg: 1158797 - Pront: 000035019 5
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 09940018506717001
N.Soc:
Leito: 220-B

	RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO A DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN												
CD:	☐ MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17
	RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRC, OLIGÚRICOS												
CD:	☐ SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.												
	RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA, EVIDENCIANDO POR SINAIS FLOGÍSTICOS ESCALA DE MADOX.												
CD:	☑ TROCA DE AVP A CADA 72h — INT 11/06 — TROCA 14/06												
	☐ TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.												
	☐ VIGILÂNCIA DO SITIO DE PUNÇÃO.												
	RISCO DE SANGRAMENTO/ HEMORRAGIA RELACIONADO A:												
CD:	☐ USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).												
	☐ PROCEDIMENTO CIRÚGICO: _____.												
	☐ MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.												
	☐ VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
	RISCO PARA DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA												
	☐ CLORETO DE POTÁSSIO.												
	☐ CLORETO DE SÓDIO 20%.												
	☐ SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.												
	☐ ADRENALINA.												
CD:	☐ VIGILÂNCIA DE FC/PA.												
	☐ MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).												
	RISCO DE HIPOGLICEMIA/ HIPERGLICEMIA/ COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM.												
CD:	☐ INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.												
	☐ MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
	RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO A GAVAGEM DE DIETA POR SNE/GTT/DISFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS OU TROS												
CD:	☐ MANTER CABECEIRA A 45° — 07h – 19h — 19h – 07h												
	☐ ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N.												
	☐ MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.												
	☐ MANTER O USO DE PERÍOGARD EM PACIENTE TOT.												

CONTEÚDO NÃO VALIDADO PELO ÓRGÃO EMISSOR
09 DEZ 2016
Bradesco Seguros S/A.
Av. Rio Branco, 1489 - 9º andar
Graças - Recife - PE

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
	pact admitido neste setor procedente da emergência consciente, orientado, dieta por V.O, SVP HDT, pact nega alergias medicamentosas, DM2 HAS -, + escoriações, SSVV estáveis, segue aos cuidados
18h	pact medicado de horário EPR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DIVAT
09 DEZ 2019
Gente Segurado a S/A.
Av. Rio Branco, 76 Loja
Cocis - Recife - PE - CEP 52.010-...

Nome técnico de enfermagem / COREN

Nilma Arruda

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
19h	Recebo plantão com paciente [illegible], consciente, orientado, verbalizando, com repouso no leito, eupneico, normotenso, normocorado, normosfígmico, com AVP (E) hidratado, fazendo uso de medicação EV, aceita dieta, sem queixas no momento, com excoriações no corpo e fratura de tíbia (D). Segue aos cuidados de enfermagem.
20h	ministrado a medicação E.P.M.
22h	medicado E.P.M.
24h	medicado E.P.M. e SSVV aferidos.
06h	Paciente medicado E.P.M. + higienizado
07h	Passo plantão com paciente em EGR consciente, orientado, verbalizando, eupneico, afebril, normotenso, normocorado, normosfígmico, AVP (E) em hidratação, higienizado, trocado lençois, fazendo uso de medicação EV. sem queixa e segue em observação e aos cuidados de enfermagem.

Nome técnico de enfermagem / COREN

Rita (731-202)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

Alexandre Luiz

HOSPITAL ESPERANÇA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

F.INS.22

DATA: 13 / 06 / 16 PESO: _____ Kg

Nome: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
Nasc: 03/06/1979 37a0m8d
Reg: 1158797 Pront: 000350195
UNIMED RECIFE/PL - Sexo: M
Entrada: 11/06/2016 - Hora: 14:49
Matricula: 09940018506717001
N.Soc:
Leito: 220-B
Hora: ___:___

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO DE ENTRADA
ENVIADA
EM 12/06/16
Á: 16 44 hs.
ADM: Gizeu

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA: (ESPAÇO P/ MÉDICOS E NUTRIÇÃO): sulb liveri, zero a partir da meia noite

APRAZAMENTO DA DIETA

ACEITE DIETA VERBAL/ SONDA	CHECAR	PROTOCOLOS	CHECAR	APRAZAMENTO DA NUTRIÇÃO ENTERAL	HORA DO INICIO	HORA DO VENCIMENTO
	>	SND		1ª ETAPA		
				2ª ETAPA		

MEDICAÇÕES

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	Soro hidratado				manter
2	Dipirona 2 ml + 8 ml	2 ml	IV	6/6h	~~18~~ 24 ~~06~~
3	Tramal 100	1 amp	IV	8/8h	S/N > S/N
4	Profenid 100	1 amp	IV	12/12h	> ~~20~~ 08
5	Zofran 4	2 ml	IV	8/8h	S/N > S/N
6	Clexane 40	1 amp	SC	12/12h	(12h) > ~~17~~
7	Ceftriaxona 1g	1 FA	IV	6/6h	~~18~~ ~~24~~ ~~06~~ 12
8	Pantocal 40	1 FA	IV	1x dia	~~06~~
9	CIOB e SIW			6/6h	gráfico
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Fernanda Barbosa
Enf.
COREN-PE 273.205

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja S
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Dr. Thiago Jesus G. C. Afrarina
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 21013

MÉDICO (A) | ENFERMEIRO (A) 1ª CHECAGEM | ENFERMEIRO (A) 2ª CHECAGEM

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno
08h	Paciente lúcido, consciente, orientado, estável no leito em uso de fralda, lúcido, interagindo com o meio, corado, hidratado, hepático, afebril, normotenso, normoglicêmico, não hidratado, não imobilizado, aceita VO com boa aceitação.
08h	Administrado medicação IV com infusão lenta
12h	Administrado medicação IV com infusão lenta
17h	Administrado medicação IV com infusão lenta
18h	Administrado medicação IV com infusão lenta. Mantendo sinais vitais dentro da normalidade sem alterações.

Luiz Claudio Luna da Silva
Técnico de Enfermagem
COREN 514

DEPARTAMENTO DE INSTROS
SIVAS
SIGNATURA NÃO VERIFICADA

09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Sala 3
Graças - Recife PE - CEP 52011-050

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
18h	Mantendo plantão em repouso no leito bem orientado acamado, afebril, mantendo curso hidrolizado ins. pratica da higiene D. aceitando dieta dada sem ———
20h	medicado conforme prescrito ———
24h	medicado conforme prescrito ———
06h	medicado conforme prescrito ———
	mobilizado bem no leito uso de luva procedimento algodão pomada troca de lençol cama ———
	pós aguardando procedimento cirúrgico (sic) não tendo exames, encontrando-se no sistema sendo realizados no emergencial

Nome técnico de enfermagem / COREN

Maria J. Farias
Téc. de Enfermagem
Coren-PE 140151

Nome técnico de enfermagem / COREN

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315941000000069338271
Número do documento: 20110913315941000000069338271

HOSPITAL ESPERANÇA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

F.INS.22

DATA: 13 / 06 / 16 PESO: _____ Kg

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
Nasc:03/06/1979 - 37a0m10d
Reg:1158797 - Pront.:000350195
UNIMED RECIFE/PL - Saxo: M
Entrada:11/06/2016 - Hora:14:49
Matricula:09940018506717001
N.Soc:
Leito: 220-B
Hora: 07:

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS :

CARIMBO ARSENAL: ENVIADA EM 13/06/16 Às 13:25 hs. ADM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO DA DIETA				
DIETA: (ESPAÇO P/ MÉDICOS E NUTRIÇÃO)	CHECAR	CHECAR	CHECAR	HORA DO INÍCIO	HORA DO VENCIMENTO
Dieta liberada após recuperação anestesia — Glayce Jamile Bezerra Nutricionista CRN6 8535	SNP		1ª ETAPA		
			2ª ETAPA		

MEDICAÇÕES

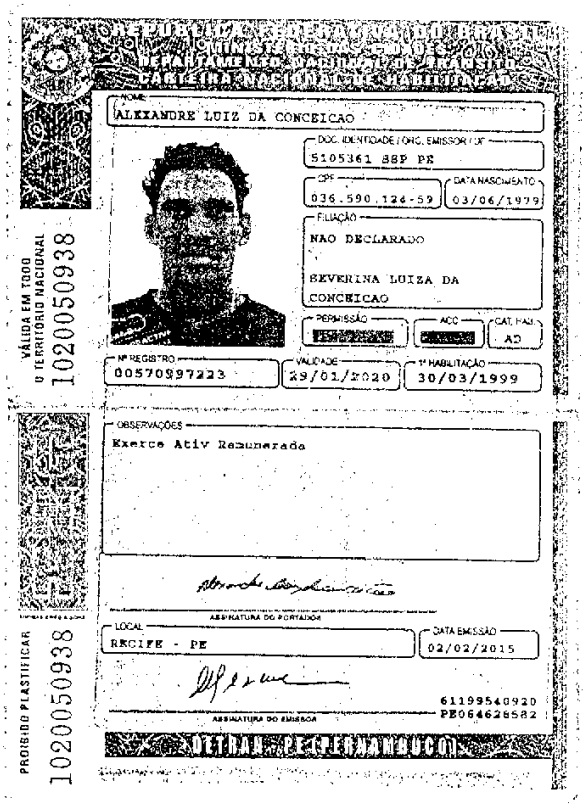
ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO
1	SF 0,9%	1000 ml	IV	em 24h	
2	Cefalotina 1g	1g	IV	6/6h	20 02 08 14
3	Dipirona 5g/ml	1g	IV	6/6h	13 20 02 08 14
4	Praflunil 100mg	1 amp	IV	12/12h	08 20
5	Tramal 100mg	1 amp	IV	8/8h	SedaN SN
6	Zofran 4mg	2 ml	IV	8/8h	SIN SN
7	Clexane 40mg	1 amp	SC	24/24h	às 23h 20
8	MID elevada				ATT
9	CCGG, SSW			6/6h	gráfico
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Dr. Jo.ão José G. C. Araújo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 21013

Ins Ariane A. Carvalho
Enfermeira
COREN 280.174

MÉDICO (A) | ENFERMEIRO (A) 1ª CHECAGEM | ENFERMEIRO (A) 2ª CHECAGEM



NOME
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5105361 SSP PE

CPF: 036.590.124-59
DATA NASCIMENTO: 03/06/1979

FILIAÇÃO
NAO DECLARADO
SEVERINA LUIZA DA CONCEICAO

PERMISSÃO: [redacted]
ACC: [redacted]
CAT. HAB.: AD

Nº REGISTRO: 00570397223
VALIDADE: 29/01/2020
1ª HABILITAÇÃO: 30/03/1999

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: RECIFE - PE
DATA EMISSÃO: 02/02/2015

61199540920
PE064628582
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - PE/PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1020050938

PROIBIDO PLASTIFICAR
1020050938

Documentos de Identificação
001

Documentos de identificação

0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 2574273 SSP PE

CPF: 633.249.034-91

DATA NASCIMENTO: 20/10/1966

FILIAÇÃO: SOLON DE MEDEIROS
FILHO
MIRIAN VALENCA DE MEDEIROS

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CAT. HAB.: B

Nº REGISTRO: 03961616102

VALIDADE: 28/10/2016

1ª HABILITAÇÃO: 12/11/1985

OBSERVAÇÕES: sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: RECIFE - PE

DATA EMISSÃO: 11/10/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

18542471121
PE043470238

DETRAN PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
473953700

PROIBIDO PLASTIFICAR
473953700

DIVISÃO DE SINISTROS
DATA
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S.A.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

DOC IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
2574273 SSP PE

CPF
633.249.034-91

DATA NASCIMENTO
20/10/1966

FILIAÇÃO
SOLON DE MEDEIROS
FILHO
MIRIAM VALENCA DE
MEDEIROS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
03561614101

VALIDADE
28/10/2016

1ª HABILITAÇÃO
12/11/1985

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
473953700

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
31/10/2011

18542471121
PE043470238

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
473953700

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
COVER
09 DEZ 2013
Gente Seguradora S.A.

DUT
0007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
Nº 012300193770
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
2	551355270	**********	2016

NOME
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

JAB GUARARAPES-PE

CPF / CNPJ	PLACA
036.530.124-59	KIF5791

PLACA ANT / UF	CHASSI
******* /PE	9C2KD0540DR149961

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/NXR150 BROS ESD	2013	2013

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2016 QUITADO		1ª ********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO - COTAS	2ª ********
1	**********	3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO HONDA SA

LOCAL	DATA
JAB GUARARAPES	10/04/16

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

DESMANTELAMENTO DE SINISTRO
CPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2015
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa 716 Sala 1
Graças - Recife - PE - CEP 52011-337

Declaração

Eu, ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO RG, 5105361 SSP/PE

CPF 036.590.124-59, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veiculo automotor de via terrestre em 11/06/2016 fui socorrido por POPULARES, Telefone ( )

e Levado ao Hospital UPA

Declaro que alem da documentação médica apresentada não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc. da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial da delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Lider entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

*'**Art. 340** - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado'.*

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/ declaração falsa prestada poderá incorrer conforme o Art.299 do código penal.

*'**Art. 299** - Omitir em documento publico ou particular declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato jundicamente relevante.*

Pena reclusão de 1(um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é publico e reclusão de 1(um a 3(três) anos, se o documento e particular'.

Local: Recife, 22 de Novembro, 2016, UF PE, Data 22/11/16

Alexandre Luiz da Conceição

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

[redacted]

[redacted]

PROCURAÇÃO

Procuração
0025

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado , os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Alexandre luiz da conceicao
Brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Chefe de transporte
RG nº 5105361, CPF/MF 036590124-59, com
endereço residencial na Av Belem de judá Nº 58
Alois carneiros/cavaleiro
Salvadoro dos guararapes - PE

OUTORGADO:

Nome: Giselle Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2.574.273 / SSP / PE, CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, nº 105, Sala 104, Edf. Sigma, Ilha do Leite, Recife – PE.

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 DEZ 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP 52011-040

Recife, 12 de agosto de 2016.

outorgante

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL / RECIFE - PE
Rua Falcão de Lacerda, 329 - Tejipió - CEP: 50930-010 - Fone: (81) 3355-[illegible]
Reconheco por Autenticidade a firma indicada de (350[illegible]29659) 1
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 12 de agosto de 2016. Em testº da verdade.
Felipe Henrique Monteiro da Silveira - Escrevente Autorizado
Emol.: R$ 3.63 TSNR: R$ 0.73 Total: R$ 4.36
** Selo: 0073478.YSR08201601.01825 **
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Cartório do 10 Distrito Judiciário Recife - PE

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): *ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO* **Sinistro:** *3160737933* **Data:** *11/06/2016*

Endereço do(a) Examinado(a): *R BELEM DE JUDA, 58 - DOIS CARNEIROS - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54290-000*

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [*sds /PI*] *5105361*

Data local do exame: [*27/12/2016*] *Recife* [*PE*]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura fechada da tíbia direita com laceração de partes moles da perna direita. Ao exame apresenta encurtamento de 4 cm e hipotrofia importante do membro inferior direito atrofiado, deambula com uso de muletas

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico com colocação de haste e pinos e fisioterapia

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

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

Limitação funcional do membro inferior direito

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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

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

( ) "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):
Membro inferior direito

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

Região Corporal (Sequela):
_____

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

Região Corporal (Sequela):
_____

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

Região Corporal (Sequela):
_____

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

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

( ) Total = "100% da IS"

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

Antonio Henrique Moreira - CRM: 2445 - PE

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

09/11/2020

Número: **0030689-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **09/07/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO (AUTOR)	**GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)	**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70717267	09/11/2020 13:31	ANEXO 2	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: 3200002402 **Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**

Data do Acidente: 28/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRO GREGORIO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

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

Pag. 01607/01608 - carta_01 - INVALIDEZ

00010804

Carta nº 15317382

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, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200002402 **Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**

Data do Acidente: 28/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRO GREGORIO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

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. 00049/00050 - carta_02 - INVALIDEZ

00050025

Carta nº 15336820

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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200002402 **Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**

Data do Acidente: 28/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRO GREGORIO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

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$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%
Graduação: Em grau leve 47.5%
% Invalidez Permanente DPVAT: (47.5% de 100%) 47,50%
Valor a indenizar: 47,50% x 13.500,00 = R$ 6.412,50

Recebedor: **ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO**
Valor: **R$ 6.412,50**
Banco: **237**
Agência: **000003208-5**
Conta: **0000090800-2**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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. 01969/01970 - carta_30 - INVALIDEZ
00020985

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200002402
Nome do(a) Examinado(a): Alexandre Luiz da Conceicao
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Belem de Juda, S/N
Rua Belem de Juda Jaboatao dos Guararapes PE CEP: 54290-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do acidente: [28/09/2019]
Data local do exame: [20/01/2020] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 28/09/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA). O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM EM TÓRAX ESQUERDO MAIS LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA, ALÉM DE ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR DEVIDO A TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURAS VERTEBRAIS COM INTUITO DE DESCOMPRESSÃO MEDULAR. RECEBEU ALTA NO DIA 25/10/2019 E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE.
Data da Alta: 25/10/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, APRESENTA DIAGNÓSTICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA, O MESMO FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO, LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE. APRESENTA PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES, NOTA-SE ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES, ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES, E AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.

IV. Nexo de casualidade: 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:

PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES
ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES
ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES
AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.

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, §1° do art. 3° 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):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa **(X) 100% completo**

Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - 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

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

Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

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

Dr. Tiago Martins Formiga
CPF - 051.447.734-27
CRM/PB - 8085

Seguradora LÍDER

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: 036-590-124-59
4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE LUIS DA CONCEIÇÃO

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
6 - CPF: 036-590-124-59
7 - Profissão: RECUSO
8 - Endereço: AL BELEM DE JUDA
9 - Número: 1500
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DOIS CARNEIRO
12 - Cidade: JABOATÃO
13 - Estado: PE
14 - CEP: 54290-000
15 - E-mail:
16 - Tel (DDD): 81-983600838

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 (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 3208 5 CONTA: 0090800 2
(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.

PERMANENTE

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.

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Alexandre Luiz da Conceição
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315959000000069338273
Número do documento: 20110913315959000000069338273

Bradesco
Débito
VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL
5090 9113 2840 0203
03/21 3208 5 0090800 2 02 00
VÁLIDO ATÉ AGÊNCIA DIG. CONTA DIG. VIA TIPO
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
elo

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
L-1493/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Polícia Militar de Pernambuco – SSTA – Batalhão de Polícia Rodoviária

VIRGINIA CARNEIRO BUFINO
CB PM – MAT. 304967-6
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO	X	SEM ANEXO	

Município	CABO DE STO AGOSTINHO			Rodovia	PE-028	Km	
Ponto de Referência	ENTRADA DE ENSEADAS DOS CORAIS					Data	28/09/19
Dia da Semana	SÁBADO	HORA/OCORRÊNCIA	22:15	Hora/Cheg./Pr			23:30

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		COLISÃO				CHOQUE		CAPOTAMENTO	
Pedestre		Longitudinal		Frontal		Poste,Árvore		Tombamento	X
Animal		Transversal		Traseira		Muro,Casa		Saída da Pista	
						Veículo Parado		Outros	

III – CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	X	MORTOS			FERIDOS	X	
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE				IDENT.	01	NÃO IDENT		TOTAL	01

IV – CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMÁFORO	
Longo da Via		Seca	X	Bom	X	Manhã		S/Defeito	X
Cruzamento	X	Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlamcada		Neblina		Noite	X	Desligado	
		Oleada		Garoa		Madrugada		N/Existe	

V – CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial		Placa "Parc"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
F.Pedestre		Placa"Dê a Pref."		Única		Faixa Contínua	X
F.Retenção		Não há Placas		Dupla	X	Canteiro Central	
						Blocos	
						Outros	

VI – CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA – V1/V2		COMPORTAMENTO - V1/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorrido	V1
Não foi Realizado	V1	Evadiu-se	

VII – DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			

VIII – VEÍCULOS

QUANTO À TRAÇÃO – V1/V2		ESPÉCIE – V1/V2		CATEGORIA – V1/V2	
Automotor	V1	Passageiro	V1	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	V1
De tração animal		Tração		Aluguel	

IX – IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO – 01

Marca	FIAT	Modelo	UNO MILLE	Ano	12/13	Renavam		Placa	PES-9842
Município			Nº do Chassis	9BD15844AD6779889		Veículo de Carga nº de Eixo			
Carregado		Apreendido				Liberado	X	Evadiu - se	
Proprietário									
Residência							Bairro		
Município			Rg.		Org. Exp.		CPF		
Condutor	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO								
Residência	AV. BELEM DE JUDA, 1500						Bairro	ALTO DOIS CARNEIROS	
Município	RECIFE		Rg.	5105361	Org. Exp.	SSP/PE	CPF	036.590.124-59	
CNH/Pront./ Nº	00570997223		Categoria	AD		Validade	29/01/2020	Hora/Dir.	

VEÍCULO – 02

Marca		Modelo		Ano		Renavam		Placa	
Município			Nº do Chassis				Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado		Apreendido				Liberado		Evadiu – se	
Proprietário									
Residência							Bairro		
Município			Rg.		Org. Exp.		CPF		
Condutor									
Residência							Bairro		
Município			Rg.		Org. Exp.		CPF		
CNH/Pront./ Nº			Categoria			Validade		Hora/Dir.	

TESTEMUNHA – 01

Nome	ANDREZA CARLA DE MELO				Idade	37	Sexo	F	Profissão	DONA DE CASA
Residência	AV. BELEM DE JUDA, 1500				Bairro	ALTO DOIS CARNEIROS				
Município	RECIFE	U.F.	PE	Rg.	6139227	Órg. Exp.	SDS	CPF	047.333.034-24	

TESTEMUNHA – 02

Nome					Idade		Sexo		Profissão	
Residência					Bairro					
Município		U.F.		Rg.		Órg. Exp.		CPF		

VÍTIMA – 01

	Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves	X	Mortais	
Nome	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO			Motorista	X	Passageiro		Pedestre	
Estado Civil	CASADO	Idade	40	Sexo	M	Nacionalidade		Naturalidade	
Profissão	CHEFE DE TRANSPORTE	Residência	AV. BELEM DE JUDA, 1500				Bairro	ALTO DOIS CARNEIROS	
Município	RECIFE	UF	PE	Rg.		Órg.Exp.		CPF	036.590.124-59
Socorrido	HOSPITAL DOM HELDER						Município		
Dados Fornecidos Por									
Residência							Bairro		
Município		UF		Rg.		Órg.Exp.		CPF	

VÍTIMA – 02

	Natureza dos Ferimentos			Leve		Graves		Mortais	
Nome				Motorista		Passageiro		Pedestre	
Estado Civil		Idade		Sexo		Nacionalidade		Naturalidade	
Profissão		Residência					Bairro		
Município		UF		Rg.		Órg.Exp.		CPF	
Socorrido							Município		
Dados Fornecidos Por									
Residência							Bairro		
Município		UF		Rg.		Órg.Exp.		CPF	

GBAPH: CB ROSIMARIO , MAT: 710166-0/ VIA [illegible] RESGATE)

Polícia Militar de Pernambuco – SSTA – Batalhão de Polícia Rodoviária

VERONICA CARNEIRO BUFONO – CB PM – MAT. 104947-5 – BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s\CNH (Art. 162 I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s\ acid. (Art.176VCTB)	
Conduzir Veic.ñ Lic. (Art. 230 V CTB		Desob. Ordens do Agente trâns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic.s\ Doc Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C\ Lacre Violado (Art 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Álcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S\ Placa (Art 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art 176 I CTB)		Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. (Art 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trâns. (Art. 176 II CTB		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. (Art 176 IV CTB)		Outras	

XV –AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Policia Militar		Particular		Não Efetuado		
2. Comunicado à Delegacia de						Hora	
Nome do Recebedor da Ocorrência						Matricula	272946-6
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT	Matrícula	950260-2		NOME	ACIOLI
XVIII – Digitador da SSTA	CB PM VIRGINIA RUFINO			Of Chefe da SSTA		MAJ SWELLINGTON	

CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 25 / 11 / 19.

ASS: Virginia Rufino

Virginia C. Rufino
CB PM - Mat. 104247-5

Polícia Militar de Pernambuco
SSTA
Batalhão de Polícia Rodoviária

IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas

Ônibus, Caminhão ou Trator -

Trem –

Veículo de 2 ou 3 Rodas -

Pedestre

Animal -

Objeto Fixo

Incêndio -

Marcha á frente -

Marcha á Ré -

Derrapagem -

Capotamento ou Tombamento -

Local da colisão -

Depois da Colisão -

XIII – CROQUI

EM ANEXO

Polícia Militar de Pernambuco
SSTA
Batalhão de Polícia Rodoviária

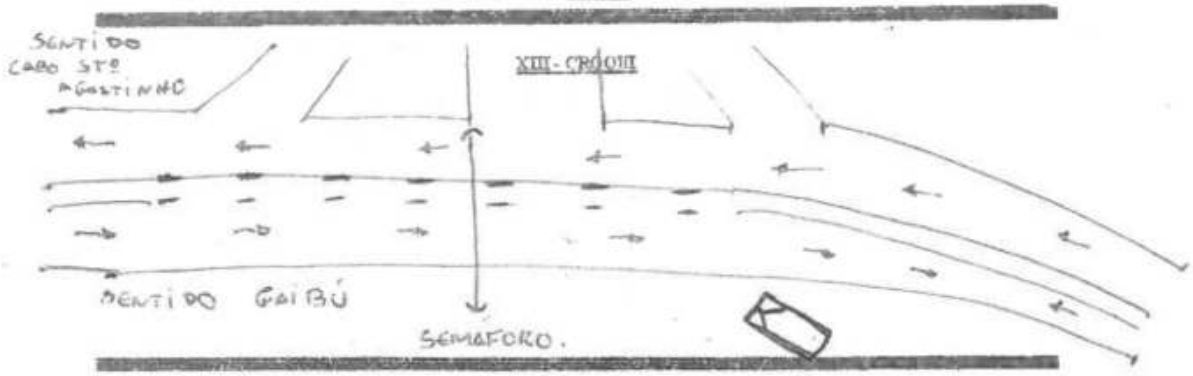
VERONICA CARNEIRO RUFINO
CB PM - MAT. 104947-2
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PMPE - DGO - CPE - BPRv
Batalhão Cel. Manoel de Souza Neto

XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	v1	v2	
Dirigir S/ CTH (Art. 162, I. CTB)			Deixar de prestar informa. S/ (Art. 176, V. CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Port obrig (Art. 232 CTB)			Desob. Ordem do Agente Trans (Art 195 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Porte obrig. (Art. 232 CTB)			Conduzir veic. c/ farol violado (Art. 230, I CTB)
Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)			Conduzir veic. s/ placa (Art 230 IV. CTB)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art 176. CTB)			Conuzir veic. c/ placa illeg. (Art. 230 VI. CTB)
Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo trans. (Art. 176. CTB)			Conduzir vei.: Alter De caract. (Art. 230. VII. CTB)
Deixar de preservar local de acid. (Art. 176 III CTB)			Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230. IX)
Deixar de remover veic. Qdo Determ (Art. 176. IV CTB)			Outras:

XIII - CROQUI



XIV – SIMBOLOGIA

- Automóvel e outro veículos de 4 rodas
- Ônibus, Caminhão e Trator
- Trem
- Veículo de 2 ou 3 Rodas
- Pedestre
- Animal
- Objeto Fixo
- Incêndio
- Marcha à Frente.
- Marcha à Ré
- Derrapagem
- Capotamento ou Tombamento
- Local da Colisão
- Depois da colisão

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 1

AMASSAMENTOS:
+ TAMPA DA MALA
+ PÁRA-LAMAS DIREITO DIANTEIRO
+ DO TETO
+ COLUNA DIANTEIRA DIREITA E ESQUERDA
+ PORTA DIREITA DIANTEIRA
+ PORTA ESQUERDA DIANTEIRA

VEÍCULO – 02

QUEBRAMENTOS:
+ PÁRA-BRISAS DIANTEIRO
+ PÁRA-CHOQUE DIANTEIRO
+ FARÓIS DIANTEIROS (DIREITO E ESQUERDO)
+ FARÓIS TRASEIROS (DIREITO E ESQUERDO)
+ O PÁRA-BRISAS TRASEIRO FAMILIARES LEVARAM P/ GUARDAR

XVI – DADOS NESCESSÁRIOS

1 – Reboque efetuado: Polícia Militar Particular Não efetuado

2 – Comunicado à Delegacia de: _____ Hora: _____
Nome do recebedor da ocorrência: [illegible] Matricula: 272946-6

XVII – RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRICULA.	NOME:
	SGT PM	950260-2	ASS:. ACIOLI

XVIII – Datilógrafo SSTA: _____ Of. Chefe SSTA: _____.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315959000000069338273
Número do documento: 20110913315959000000069338273

BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº L-1493/19).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

(Condutor Ausente)

Polícia Militar de Pernambuco
SSTA
Virgínia C. Rufi
CBPM - Mat. 10021

Veículo: _____
Nome do Condutor: _____
RG: Órgão Expedidor CPF:
Placa do Veículo: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Observação:

1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
2) O Preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315959000000069338273
Número do documento: 20110913315959000000069338273

Seguradora LÍDER

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: 036-590-124-59
4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE LUIS DA CONCEIÇÃO

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
6 - CPF: 036-590-124-59
7 - Profissão: RECUSO
8 - Endereço: AL BELEM DE JUDA
9 - Número: 1500
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DOIS CARNEIRO
12 - Cidade: JABOATÃO
13 - Estado: PE
14 - CEP: 54290-000
15 - E-mail:
16 - Tel (DDD): 81-983600838

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 (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 3208 5 (Informar o dígito se existir) CONTA: 0090800 2 (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.

PERMANENTE

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.

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Alexandre Luiz da Conceição
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001324 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANDERSON SILVA DE ANDRADE, 32 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 51697 PMPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 072.674.304-65, residente à AV BELEM DE JUDA, nº 1395, , ALTO DOIS CARNEIROS, JABOATAO DO GUARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/09/2019, por volta das 22:43 hs, no endereço: RODOVIA PE 28, S/N, GAIBU CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) CAPOTAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL FIAT UNO BRANCA PES9842-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF nº 036.590.124-59 e Registro Geral ° 5105361, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710166-0 ROSIMÁRIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 524928. Ficou aos cuidados do médico DQANIELLE TETI, registro 19345. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/12/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site http://www.cbm.pe.gov.br/, consultar protocolo nº 2019APH001324

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315959000000069338273
Número do documento: 20110913315959000000069338273

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

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CONTA CONTRATO: [illegible]ELO

CPF: 975.364.664-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CAVALEIRO/CAVALEIRO
JABOATAO DOS GUARARAPES PE
54290-000

RESIDENCIAL

14457890011	11/2019
20/11/2019	14/12/2019
TOTAL A PAGAR (R$)	19,06

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)			
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,29
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,49
PRÓ-CRIANÇA-(061)3412-8660 0800 031 0660			0,90
Compensação CMIC 09/19			-8,06

TOTAL DA FATURA 19,06

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	LEITURA ANTERIOR DATA	LEITURA ANTERIOR LEITURA	LEITURA ATUAL DATA	LEITURA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)	AJUSTE	CONSUMO (kWh)

Histórico (kWh)

NOV 18	30
OUT 18	30
SET 18	30
AGO 18	30
JUL 18	30
JUN 18	30
MAI 18	30
ABR 18	30
MAR 18	30
FEV 18	30
JAN 18	30
DEZ 17	30
NOV 17	30

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	10,14	0,02	0,10
PIS	10,14	4,25	0,77
COFINS			

Consumo Ativo(kWh) 0,04600000

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Vencto	Documento	Valor	Vencto	Documento	Valor
10/09/19	1311/19	30,18	10/08/19	1100/19	13,43
11/07/19	0940/19	16,26	01/05/18	1200/18	17,35
10/06/19	2400/19	15,02			

		VALOR ANUAL	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE MENSAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIC		1,00	3,17	0,38	12,70			
FIC		3,17	2,06	0,00	0,00			
DMIC	Limite DICR: 12,22	0,00	Valor de Energia de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 0,00					

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
14457890011	11/2019	20/11/2019	19,06

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

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALEXANDRO GREGORIO
PX A ANTENA DA OI

CPF: 008 154 394-62 NIS: 20614530657

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCA 215 B

SUCUPIRA/CAVALEIRO
JABOATAO DOS GUARARAPES PE
54280-410

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2791696014	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	**DATA PRÓXIMA LEITURA**
20/12/2019	11/01/2020
TOTAL A PAGAR (R$)	
90,96	

088315470	UNICA	14/12/2019

14/12/2019	200156/986	1749282

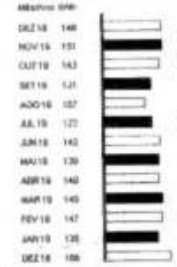
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,26288660	7,89
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,43314309	30,32
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	48,0000000	0,64371464	31,18
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,75
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,07
Contrib Ilum Publica Municipal			10,51
ICMS Subvenção-COE-NF 080637924-11/10/19			0,58
ICMS_Subvenção Baixa Renda			1,35
Multa por atraso-NF 085281300 - 10/09/19			1,47
Juros por atraso-NF 085281300 - 10/09/19			3,57
Atualização IGPM-NF 085281300 - 10/09/19			0,80

TOTAL DA FATURA 90,96

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO CONTA MULTA/JUROS

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	12-11-2019	786,00	14-12-2019	934,00	33	1,00000		148,00



	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	72,90	25,00	18,22
PIS	72,90	0,44	0,32
COFINS	72,90	2,02	1,47

Geração de Energia	R$	25,03	35,10%
Transmissão	R$	2,88	3,01%
Distribuição (Celpe)	R$	17,28	23,70%
Perdas de Energia	R$	5,44	7,46%
Encargos Setoriais	R$	1,80	2,33%
Tributos	R$	30,01	37,40%
Total	R$	72,91	100%

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18288660
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31430309
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130464

00F0 CFAC E720 AA13 7887 84D7 9852 FEA4

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

INFORMAÇÃO À CELPE [illegible]

Vencto	Dt Ocorrência	Valor	Vencto	Dt Ocorrência	Valor
20/11/19	14/11/19	53,16	18/10/19	17/11/19	95,16
17/09/19	11/09/19	57,87			

Este consumidor não apresenta débitos anteriores e não contempla débitos em cobrança judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encaminhamento de contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios do Art. 96 RN nº 414/2010. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

INDICADORES DE QUALIDADE DE FORNECIMENTO

COMPONENTE BLRA	VALOR ACUMULADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	8,07	12,15	20,30
FIC	0,00	3,17	6,34	12,70
DMIC	0,00	2,86	5,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

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

Limite DICRI: 13,23 R$0,00 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 26,08

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRO GREGORIO inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.154.394 / 82, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.590.124-59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.590.124-59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

_____.

● Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA FRANÇA		215	B
Bairro: SUCUPIRA/CAVALEIRO	Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES	Estado: PE	CEP: 54280-410
Email	Telefone comercial(DDD): 81 98360-0838	Telefone celular (DDD): 81 98360-0838	

_____, _____ de _____ de _____

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315959000000069338273
Número do documento: 20110913315959000000069338273

HOSPITAL UNIMED RECIFE III

PACIENTE:	ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO	**PRONTUÁRIO:**	0000292695		
DATA DE NASCIMENTO:	03/06/1979	**IDADE:**	40	**SEXO:**	MASCULINO
DATA DE ATENDIMENTO:	29/09/2019	**ATENDIMENTO:**	1269306		

SUMÁRIO DE ALTA

CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

O ELETIVA ⊙ URGÊNCIA

MOTIVO DA ADMISSÃO HOSPITALAR

T07 - TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

EVOLUÇÃO DURANTE O INTERNAMENTO O **PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS**

01 - VÍTIMA DE CAPOTAMENTO
02 - POLITRAUMATISMO:
A. SINDROME MEDULAR INCOMPLETA NÍVEL SENSITIVO L2+ BEXIGA NEUROGENICA (TC COM FX C7 E L2 SEM DESALINHAR + FX L1 COM COMPRESSAO DA MEDULA DO CORPO DA VERTEBRAL) + TC DE CRANIO - SEM LESOES
B. TRAUMA TORÁCICO - F. DE COSTELAS - 9 e 10 (DIREITA) + 3 a 8 (ESQUERDA) + HEMOPNEUMOTORAX ESQUERDO. DRENAGEM TORÁCICA DIREITA
03 - PO DE DRENAGEM TORACICA ESQ + LAPAROTOMIA EXPLORADORA + CORREÇÃO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA + GASTRORRAFIA (30/09)
04 - PO DE DRENAGEM TORÁCICA DIREITA (03/10)
05 - PO DE ARTRODESE DE COLUNA LOMBAR
06 - ITR--SUPERADA
07- Deiscencia FO angulo inferior ==PELE

ANTIBIÓTICOS EM USO

MACRODANTINA CAPS 100MG -> 21/10/19 | 23/10/19
TARGOCID PO/SOL.INJ. 400MG -> 06/10/19 | 15/10/19
TAZOCIN PO/SOL.INJ. 4,5G -> 04/10/19 | 13/10/19
DERMODEX POMADA - 60G -> 01/10/19 | 09/10/19
DERMODEX POMADA - 60G -> 30/09/19 | 30/09/19

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS ⊙ **HEMOTRANSFUSÃO** ⊙ **UTI** 8 **DIA(S)**

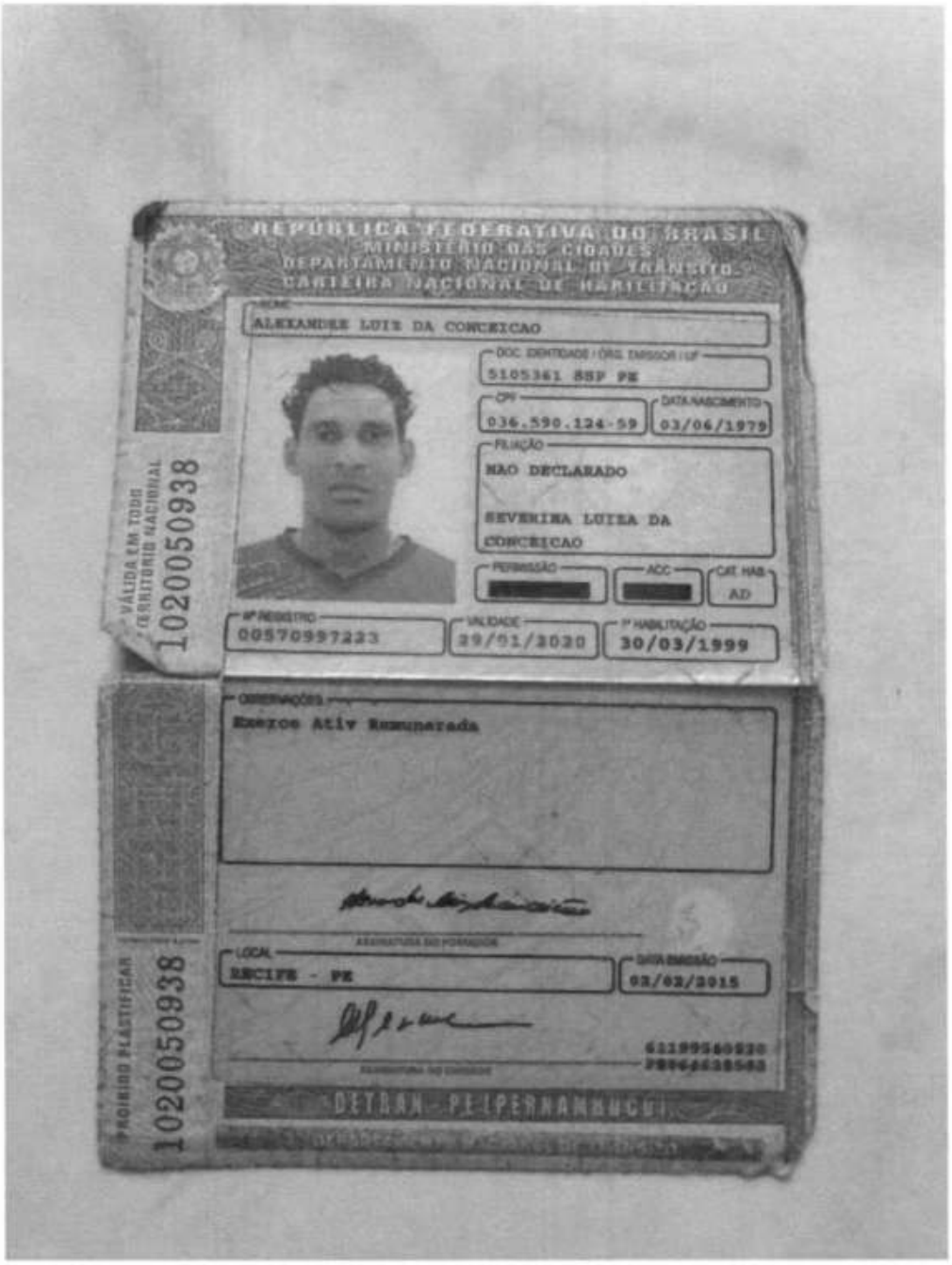
30/09/2019 08:09:08 - LAPAROTOMIA EXPLORADORA + CORREÇÃO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA + GASTRORRAFIA
03/10/2019 18:10:55 - TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA À DIREITA
04/10/2019 21:10:34 - ARTRODESE DE COLUNA VERTEBRAL (X 06) + FRATURA-LUXAÇAO DA COLUNA (X02) + LAMINECTOMIA (X02) + DESCOMPRESSAO MIELORRADICULAR CBHPM 3071509 X 02 + OSTEOTOMIA DE COLUNA VERTEBRAL CBHPM 3071522-9 X 01

DIAGNÓSTICO DA ALTA

01 - VÍTIMA DE CAPOTAMENTO
02 - POLITRAUMATISMO:
A. SINDROME MEDULAR INCOMPLETA NÍVEL SENSITIVO L2+ BEXIGA NEUROGENICA (TC COM FX C7 E L2 SEM DESALINHAR + FX L1 COM COMPRESSAO DA MEDULA DO CORPO DA VERTEBRAL) + TC DE CRANIO - SEM LESOES
B. TRAUMA TORÁCICO - F. DE COSTELAS - 9 e 10 (DIREITA) + 3 a 8 (ESQUERDA) + HEMOPNEUMOTORAX ESQUERDO. DRENAGEM TORÁCICA DIREITA
03 - PO DE DRENAGEM TORACICA ESQ + LAPAROTOMIA EXPLORADORA + CORREÇÃO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA + GASTRORRAFIA (30/09)

HOSPITAL UNIMED RECIFE III
CNPJ Nº 11.214.624/0019-57
JOSE DE ALENCAR, nº 770, ILHA DO LEITE - RECIFE - PE CEP 50070-030
FONE: (81) 3320-7500

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315959000000069338273
Número do documento: 20110913315959000000069338273



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5105361 SSP PE

CPF
036.590.124-59

DATA NASCIMENTO
03/06/1979

FILIAÇÃO
NAO DECLARADO
severina luiza da conceicao

PERMISSÃO [redacted]
ACC [redacted]
CAT. HAB. AD

Nº REGISTRO
00570997223

VALIDADE
29/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
30/03/1999

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

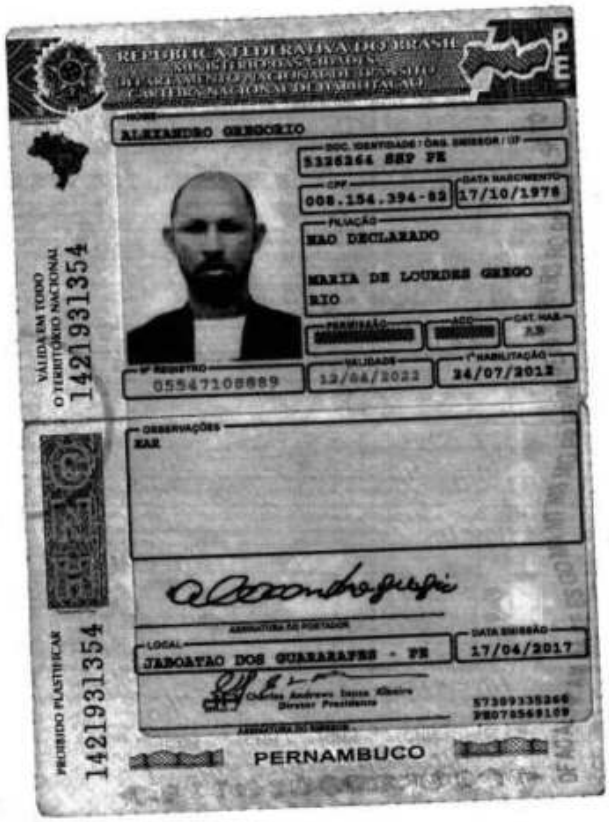
DATA EMISSÃO
02/02/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL
1020050938

PROIBIDO PLASTIFICAR
1020050938



NOME
ALEXANDRO GREGORIO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5326264 SSP PE

CPF
008.154.394-82

DATA NASCIMENTO
17/10/1978

FILIAÇÃO
NAO DECLARADO
MARIA DE LOURDES GREGO
RIO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05547108889

VALIDADE
12/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
24/07/2012

OBSERVAÇÕES
EAR

LOCAL
JABOATAO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSÃO
17/04/2017

Carlos Andrews Souza Oliveira
Diretor Presidente

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421931354

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421931354

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:31:59
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913315950000000069338273
Número do documento: 20110913315950000000069338273

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE — Nº 014801698898
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	501220372	**********	2019

NOME: MOINHO PETINHO INDUSTRIA E COMER
RECIFE-PE

CPF / CNPJ	PLACA
10.808.491/0001-55	PBS9842

PLACA ANT / UF	CHASSI
********* /PE	9BD15844AD6779889

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /AUTOMOVEL	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
FIAT/UNO MILLE WAY ECON	2012	2013

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
5P/66CV/1000CL	PARTIC	BRANCA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª ******** 2ª ******** 3ª ********

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO COTAS
1	**********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
12.00	0.06	16.21	04/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL	DATA
RECIFE	09/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014801698898 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MOINHO PETINHO INDUSTRIA E COMER
CIO LTDA 50820-000
FIRMA RECIFE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	09/02/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	10.808.491/0001-55	PBS9842

RENAVAM	MARCA / MODELO
501220372	FIAT/UNO MILLE WAY ECON

ANO FAB.	CAT. TAR.	Nº CHASSI
2012	01	9BD15844AD6779889

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
5.40	0.60	6.00

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4.15	0.06	16.21

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	04/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002318/20

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Data do acidente: 28/09/2019

CPF: 036.590.124-59

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALEXANDRO GREGORIO : 008.154.394-82

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO : 036.590.124-59

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 03/01/2020 Nome: ALEXANDRO GREGORIO CPF: 008.154.394-82	Data do cadastramento: 03/01/2020 Nome: Josyelli de Oliveira Cabral CPF: 054.598.464-55
ALEXANDRO GREGORIO	Josyelli de Oliveira Cabral

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, APRESENTA DIAGNÓSTICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA, O MESMO FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO, LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE. APRESENTA PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES, NOTA-SE ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES, ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES, E AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM EM TÓRAX ESQUERDO MAIS LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA, ALÉM DE ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR DEVIDO A TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURAS VERTEBRAIS COM INTUITO DE DESCOMPRESSÃO MEDULAR. RECEBEU ALTA NO DIA 25/10/2019 E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO EM AMBOS MEMBROS INFERIORES

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR 3160737933, EM 75 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO (TRAUMA RAQUI MEDULAR)

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 47,5 %	47,5%	R$ 6.412,50
		Total	**47,5 %**	**R$ 6.412,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR MAIS TRAUMA TORÁCICO (FRATURA NO 9º E 10º ARCOS COSTAIS EM HEMI TÓRAX DIREITO E FRATURA DE 3º ATÉ O 8º ARCO COSTAL EM HEMI TÓRAX ESQUERDO MAIS HEMOTÓRAX À ESQUERDA)

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE DE 25 CM DE COMPRIMENTO EM REGIÃO DORSAL DA COLUNA VERTEBRAL, APRESENTA DIAGNÓSTICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA, O MESMO FAZ USO DE FRALDA GERIÁTRICA, APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DO ABDOME DE APROXIMADAMENTE 40 CM DE COMPRIMENTO, LOCAL ONDE FOI REALIZADO CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DEVIDO A TRAUMA DE ABDOME E VIA DE ACESSO CIRÚRGICA UTILIZADA PARA REALIZAÇÃO DE ARTRODESE. APRESENTA PARESTESIA E PARAPLEGIA TOTAL DE MEMBROS INFERIORES, NOTA-SE ATROFIA GENERALIZADA EM COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE AMBOS OS MEMBROS INFERIORES, ENCONTRA-SE COM USO DE CADEIRA DE RODAS SEM REFLEXO PATELARES APARENTES, E AUSÊNCIA DE REFLEXO AQUILEU EM MEMBROS INFERIORES.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM EM TÓRAX ESQUERDO MAIS LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA, ALÉM DE ARTRODESE DA COLUNA LOMBAR DEVIDO A TRAUMA RAQUIMEDULAR COM FRATURAS VERTEBRAIS COM INTUITO DE DESCOMPRESSÃO MEDULAR. RECEBEU ALTA NO DIA 25/10/2019 E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO EM AMBOS MEMBROS INFERIORES

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR 3160737933, EM 75 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.
NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO (TRAUMA RAQUI MEDULAR)

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 47,5 %	47,5%	R$ 6.412,50
		Total	**47,5 %**	**R$ 6.412,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA A NÍVEL SENSITIVO DE L2- BEXIGA NEUROGÊNICA
FRATURA DO C2 E L2
FRATURA DE L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO VERTEBRAL
FRATURA DOS ARCOS COSTAIS (9º E 10º)À DIREITA E (3º A 8º) À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM TORÁCICA À ESQUERDA
LAPAROTOMIA EXPLORADORA- CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA- GASTRORRAFIA
ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA 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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA A NÍVEL SENSITIVO DE L2- BEXIGA NEUROGÊNICA
FRATURA DO C2 E L2
FRATURA DE L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO VERTEBRAL
FRATURA DOS ARCOS COSTAIS (9º E 10º)À DIREITA E (3º A 8º) À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM TORÁCICA À ESQUERDA
LAPAROTOMIA EXPLORADORA- CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA- GASTRORRAFIA
ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA 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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002402 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: SÍNDROME MEDULAR INCOMPLETA A NÍVEL SENSITIVO DE L2- BEXIGA NEUROGÊNICA
FRATURA DO C2 E L2
FRATURA DE L1 COM COMPRESSÃO DA MEDULA DO CORPO VERTEBRAL
FRATURA DOS ARCOS COSTAIS (9º E 10º)À DIREITA E (3º A 8º) À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- DRENAGEM TORÁCICA À ESQUERDA
LAPAROTOMIA EXPLORADORA- CORREÇÃO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA- GASTRORRAFIA
ARTRODESE DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA 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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

KATIA ARRAES

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO

Nacionalidade: BRASILEIRO **Est. Civil:** SOLTEIRO

Profissão: CHEFE DE TRANSPORTE

RG: 5105361 SSP CPF: 036.590.124-59

Endereço: AV BELEM DE JUDA JABOATÃO Nº 1500

CEP: 54290-000

OUTORGADA: ANA KÁTIA ARRAES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pernambuco sob n°. 45.802, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pernambuco sob n°. 16.945, com endereço eletrônico: katia.arraes.advocacia@gmail.com escritório profissional localizado a Rua José de Alencar, 670, sala 105-b, Boa Vista, Recife, Pernambuco e **ALEXANDRO GREGÓRIO,** RG n.° 5.326.264 SSP/PE, CPF n.° 008.154.394-84, com endereço profissional localizado na Rua França, n.° 215-B, Sucupira, Jaboatão dos Guararapes.

PODERES: Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT.

Na garantia; INVALIDEZ, Data do Sinistro: 28/09/2019

Cartório de Tejipió

Alexandre Luiz da Conceição

Local, Recife PE, 04 de 12 de 20 18

Romildo Pacheco da Silveira
Delegatário
Caliope José Monteiro da Silveira

Av. Faição de Lacerda, 329 - Tejipió - Recife-PE
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL
Rua Faição de Lacerda, 329 - Tejipió - CEP: 50930-010 - Fone: (81) 3231-5130

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
ALEXANDRE LUIZ DA CONCEIÇÃO
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 04 de dezembro de 2019 09:35:05.
Em testemunho _____ da verdade.
Caliope José Monteiro da Silveira (1º Sub)
Selo:0073478.HIR11201906.01122

(Reconhecer Firma por autenticidade)

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

Drª. Kátia Arraes OAB/PE nº 45.802 - D
Escritório: Rua José de Alencar, nº 670, sala 105-b, Boa Vista, Recife-PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002318/20

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Data do acidente: 28/09/2019

CPF: 036.590.124-59

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALEXANDRO GREGORIO : 008.154.394-82

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALEXANDRE LUIZ DA CONCEICAO : 036.590.124-59

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 03/01/2020	Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: ALEXANDRO GREGORIO	Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 008.154.394-82	CPF: 054.598.464-55
ALEXANDRO GREGORIO	Josyelli de Oliveira Cabral