



Número: **0005609-47.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **17/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (AUTOR)	JULIANA SYNARA ROSENDO FEITOSA (ADVOGADO) THIAGO SOUSA DA MATA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68123 553	17/09/2020 12:33	Petição Inicial	Petição Inicial
68123 556	17/09/2020 12:33	1 - PROCURAÇÃO	Procuração
68123 557	17/09/2020 12:33	2 - DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
68123 558	17/09/2020 12:33	3 - DOCUMENTO PESSOAL	Documento de Identificação
68123 561	17/09/2020 12:33	4 - CERTIDÃO DE REGISTRO DE UNIÃO ESTÁVEL	Documento de Comprovação
68123 562	17/09/2020 12:33	5 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Documento de Comprovação
68123 563	17/09/2020 12:33	6 - CARTEIRA DE TRABALHO DA AUTORA	Documento de Comprovação
68123 565	17/09/2020 12:33	7 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA - DO ACIDENTE	Documento de Comprovação
68123 567	17/09/2020 12:33	8 - BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR - HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL	Documento de Comprovação
68123 568	17/09/2020 12:33	9 - FICHA DE INTERNAÇÃO - HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL	Documento de Comprovação
68123 569	17/09/2020 12:33	10 - FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA OPERAÇÕES CIRÚRGICAS	Documento de Comprovação
68123 570	17/09/2020 12:33	11 - RAIOS FEITO ANTES DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COMPROVANDO A FRATURA	Documento de Comprovação
68123 572	17/09/2020 12:33	12 - RELATÓRIO CIRÚRGICO	Documento de Comprovação
68123 574	17/09/2020 12:33	13 - DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Documento de Comprovação
68123 575	17/09/2020 12:33	14 - NOTA DA SALA DE CIRURGIA	Documento de Comprovação
68123 577	17/09/2020 12:33	15 - EVOLUÇÃO CLÍNICA DA PACIENTE - AUTORA	Documento de Comprovação
68123 580	17/09/2020 12:33	16 - RAIOS FEITO APÓS A CIRURGIA COM A COLOCAÇÃO DA PLACA E DOS PARAFUSOS NO PUNHO DIREITO DA AUTORA	Documento de Comprovação
68123 581	17/09/2020 12:33	17 - RECEITUÁRIO MÉDICO PARA COMPRA DE MEDICAÇÃO - PÓS CIRURGIA	Documento de Comprovação

68125 133	17/09/2020 12:33	18 - LAUDO MÉDICO - ATESTANDO QUE A AUTORA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO E QUE PASSOU POR CIRURGIA	Documento de Comprovação
68125 136	17/09/2020 12:33	19 - SOLICITAÇÃO MÉDICA PARA FEITURA DE SEÇÕES DE FISIOTERAPIA EM RAZÃO DA FRATURA NO PUNHO.MÃO DIRE	Documento de Comprovação
68125 138	17/09/2020 12:33	20 - FOTOS DA AUTORA - PÓS PROCEDIMENTO CIRURGICO NO PUNHO.MÃO DIREITA.	Documento de Comprovação
68125 140	17/09/2020 12:33	21 - RAIOS FEITO DIAS APÓS A CIRURGIA COMPROVANDO A COLOCAÇÃO PERMANENTE DA PLACA E PARAFUSOS NO PUN	Documento de Comprovação
68125 142	17/09/2020 12:33	22 - NOTAS FISCAIS REFERENTES AOS HONORÁRIOS MÉDICOS E SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS NA	Documento de Comprovação
68125 143	17/09/2020 12:33	23 - RECIBO DE PAGAMENTO DO HOSPITAL E DO MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA	Documento de Comprovação
68125 144	17/09/2020 12:33	24 - RECIBO DE PAGAMENTO DE EXAME CLÍNICO	Documento de Comprovação
68125 145	17/09/2020 12:33	25 - NOTA FISCAL DE COMPRA DE MATERIAL UTILIZADO NA CIRURGIA - PLACA E PARAFUSOS COLOCADOS NO PUNHO	Documento de Comprovação
68125 146	17/09/2020 12:33	26 - RELATÓRIO FINANCEIRO DO HOSPITAL COM OS GASTOS COM A CIRURGIA INCLUINDO OS MATERIAS UTILIZADOS.	Documento de Comprovação
68125 147	17/09/2020 12:33	27 - RECIBOS DE PAGAMENTO DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA	Documento de Comprovação
68125 149	17/09/2020 12:33	28 - LAUDOS MÉDICOS CONFIRMANDO QUE A AUTORA APRESENTA SEQUELA PERMANENTE	Documento de Comprovação
68125 150	17/09/2020 12:33	29 - CORRESPONDÊNCIA DA SEGURADORA CONFIRMANDO A ABERTURA DO PEDIDO DE COBERTURA DA INVALIDEZ - PEDI	Documento de Comprovação
68125 151	17/09/2020 12:33	30 - CORRESPONDÊNCIA DA SEGURADORA CONFIRMANDO A ABERTURA DO PEDIDO DE COBERTURA DA DAMS - PEDIDO 31	Documento de Comprovação
68125 152	17/09/2020 12:33	31 - CARTA DE INDEFERIMENTO DA SEGURADORA DO PEDIDO DE COBERTURA DA INVALIDEZ - 13.03.2020	Documento de Comprovação
68125 153	17/09/2020 12:33	32 - CARTA DE INDEFERIMENTO DA SEGURADORA DO PEDIDO DE COBERTURA DA DAMS - 11.03.2020	Documento de Comprovação
68125 154	17/09/2020 12:33	33 - EXTRATO DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO - AUXÍLIO DOENÇA	Documento de Comprovação
68213 963	18/09/2020 15:24	EMENDA À EXORDIAL - NÃO INTERESSE NA DESIGNAÇÃO DE AUDIÊNCIA PRÉVIA DE CONCILIAÇÃO.	Petição
68185 041	21/09/2020 16:37	Despacho	Despacho

MERITÍSSIMO JUÍZO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARUARU - PERNAMBUCO.

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES, brasileira, casada/união estável, desempregada, inscrita no CPF sob o nº 858.738.294-20, RG nº 5.422.526 SDS-PE, residente e domiciliada à Rua Barão de Itamaracá, nº 284, Apto. 1, Indianópolis, CEP 55.024-210, Caruaru-PE, por seus advogados, devidamente constituídos, conforme procuração anexa, com endereço profissional à Av. Rui Barbosa, nº 48, 2º andar, Sala - 301, Maurício de Nassau, CEP 55.012-080, Caruaru-PE, onde receberão as intimações, notificações e demais atos processuais que se fizerem necessários, consoante art. 106, I, do CPC/15, vem, respeitosamente, à presença de Vossa, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A**, companhia de seguro participante do consórcio de seguradoras, que opera o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, situada à Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, CEP 20.031-205, Rio de Janeiro-RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

I – PRELIMINARMENTE

I.I – DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Requer, a DEMANDANTE, que se digne V. Exa. em conceder-lhe os benefícios da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, em conformidade com a Lei nº 1.060/50, isentando-a do pagamento das custas processuais e demais despesas, uma vez que não dispõe de recursos para tanto, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, conforme o anexo atestado de pobreza que instrui a exordial, além da anexa CTPS, comprovando a situação de desemprego, e sem contar os gastos com a manutenção da família e com o tratamento de recuperação dos movimentos da mão, conforme documentos anexos.

Reza o art. 4º, da Lei n.º 1.060/50:

Art. 4º. A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família. (Redação dada ao caput pela Lei nº 7.510, de 04.07.1986, DOU 07.07.1986)

Quanto ao tema em tela, a jurisprudência nos Tribunais é pacífica:

PROCESSUAL CIVIL – AGRAVO DE INSTRUMENTO – GRATUIDADE DE JUSTIÇA – DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS PARA CUSTEAR O PROCESSO – LEI 1060/50 – PROVIMENTO AO RECURSO – Insurge-se a Agravante contra a decisão do MM. Juízo a quo que, nos autos de ação ordinária ajuizada em face do Instituto Nacional do Seguro Social- INSS, indeferiu o pedido de gratuidade de justiça pleiteado pela autora, ao reconhecer que não teria a mesma comprovado o seu estado de necessidade, tendo em



vista o contracheque anexado ao feito. Reconhecida a possibilidade de acolhimento da pretensão recursal, uma vez que se afigura suficiente para a concessão do benefício da gratuidade de justiça, a declaração do interessado no sentido de que não possui condições financeiras para arcar com os ônus processuais, sem o prejuízo do seu sustento ou de sua família. Constatada a aplicação do disposto no artigo 4º da Lei 1060/50. Provido o recurso. (TRF 2ª R. – AG 2006.02.01.005496-9 – (146776) – 5ª T.Esp. – Rel. Paulo Espirito Santo – DJe 15.01.2009 – p. 157).

Assim sendo, a DEMANDANTE faz jus à concessão do referido benefício.

II – DOS FATOS

No dia 10/10/2019, a parte autora, conforme consta no registro de ocorrência policial anexo, sofreu acidente de trânsito após o esposo/companheiro perder o controle da moto (Placa: PCW-6216), enquanto transitavam na cidade de Caruaru-PE, estando ela na “garupa” da moto, vindo ambos a caírem no chão, ocasião em que a autora quebrou o pulso direito/mão direita.

Posteriormente ao fato, a requerente foi conduzida ao Hospital Memorial São Gabriel, sendo diagnosticada que ela sofrera fratura da de rádio distal, conforme Boletim de Internamento Hospitalar anexo.

Ademais, ainda na mesma data, a demandante, em virtude da fratura sofrida no punho direito/mão direita, **passou por procedimento cirúrgico (no punho/mão) com a colocação de placa DCP 3.5 mm e parafusos de tamanhos variados**, conforme se comprova pelas anexas notas fiscais de pagamento do material e da cirurgia, além da ficha de internação, do relatório cirúrgico, as anotações de evolução da paciente, fotos do pós cirurgia e laudos médicos anexos.

Aliás, a autora teve gastos com a cirurgia e o pós cirurgia que superam o valor limite de R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais), estabelecido pelo DPVAT, conforme notas fiscais e recibos anexos.

Outrossim, Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, restou à requerente: acentuada limitação física; além de sentir dores intensas e constantes no membro superior; limitação nos movimentos e na força do membro afetado (punho/mão direita), inclusive, conforme laudos médicos anexos, datados de 02.03.2020, 06.04.2020, 22.06.2020 e 14.09.2020, ela apresenta sequela permanente com grau de incapacidade de 30%, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a mão, escrever palavras simples e o próprio nome, segurar algum objeto, praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente tarefas tormentosas de serem desempenhadas pela autora.

Assim, consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, prejuízo esses que acompanham a autora até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida, eis que a demandante é destra e, como informado nos laudos médicos anexos, está com sequela permanente no membro superior com grau de incapacidade de 30%, ou seja, está com impossibilidade motora até para realizar atividades simples do dia-a-dia. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, a autora buscou amparo através de pedido de indenização, além do ressarcimento pelos gastos com os exames, a cirurgia, os materiais utilizados na cirurgia e as sessões de fisioterapia, junto à SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO - [DPVAT](#), conforme as anexas correspondências confirmando o cadastramento dos pedidos.



Desse modo, preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização/ressarcimento dos gastos, eis que a autora encaminhou ambos os pedidos, juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (DPVAT/INVALIDEZ), tendo sido os pedidos autuados com os números: 3190655391 (cobertura – Invalidez) e 3190655414 (cobertura – DAMS), conforme correspondências da seguradora anexas.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, tamanha fora a surpresa desta quando informada do indeferimento de ambos os pedidos, com a alegação pífia de que o veículo automotor não teria sido o efetivo causador dos danos pessoais, conforme cartas de indeferimento anexas.

Entretanto, diferente do que mencionou a ré nas cartas de indeferimento, Douto Julgador, a demandante comprovou o acidente que ocasionou-lhe os danos pessoais, inclusive tendo juntado aos pedidos administrativos: certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de internação hospitalar, documentação da cirurgia, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e, mesmo assim, teve como resposta da ré, os indeferimentos, contrariando o que dispõe a lei quanto à cobertura de acidentes de trânsito, como ocorrido no presente caso.

Além do mais, reforça-se, conforme os anexos laudos médicos mais recentes de março, abril, junho e setembro de 2020, o médico declara que a autora apresenta sequela (invalidez) permanente com grau de incapacidade de 30%, ou seja, com acentuadas limitações físicas, comprometeu de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar. Inclusive, em face do estado de saúde e limitação física da autora, foi-lhe concedido auxílio doença pelo INSS, conforme extrato do benefício anexo.

Porquanto, todos os documentos médicos levam ao entendimento de que fora grave a perda funcional do membro afetado da autora, até mesmo reconhecido pelo próprio INSS; porém, a parte ré, de forma indevida, injusta e contrariando as normas legais, indeferiu os pedidos. Tendo a autora solicitado reconsideração, o que restou frustrada.

Assim, cansada de tantas vezes buscar a solução do caso, a demandante não vislumbra outra forma de receber o que lhe é devido, senão, pela via judicial.

III - DO DIREITO

É cediço que o Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis nºs 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento, quanto no caso de morte.

Em conformidade com o art. 3º da Lei nº 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

“**Art. 2º** – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea I nestes termos:



Art. 20, I – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

Art. 3º - Os **danos pessoais cobertos pelo seguro** estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente**, total ou parcial, e **por despesas de assistência médica e suplementares**, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Art. 4º – A indenização no caso de morte será paga, na constância do casamento ao cônjuge sobrevivente; na sua falta, aos herdeiros legais. **Nos demais casos o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados.** (Grifos nossos)

Inclusive, o site da Seguradora Ré define invalidez da seguinte forma:

Considera-se invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por veículo e é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável ao fim do tratamento médico (alta definitiva). A invalidez é considerada permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte.

Ademais, quanto à cobertura de que trata o inc. II, do art. 3ª, acima transcrito, informa-se que a tabela anexa da Lei nº 6.194/74 expõe que a perda funcional completa de um dos membros superiores e/ou de um das mãos corresponde ao percentual de 70% (setenta por cento) do valor de máxima cobertura (R\$13.500,00 - treze mil e quinhentos reais), o que totaliza o valor de R\$9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais). Vejamos:

DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) REPERCUSSÕES EM PARTES DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	PERCENTUAIS DAS PERDAS
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros	70



superiores e/ou de uma das mãos.	
----------------------------------	--

Dito isso, Douto Julgador, não há dúvida que a demandante faz jus ao recebimento tanto do valor de R\$9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais), em face da invalidez permanente de um dos membros superiores (da mão/punho), conforme comprovado pelos laudos médicos anexos (Pedido Administrativo nº 3190655391); quanto do valor de R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais), como reembolso pelos gastos com a cirurgia, materiais utilizados no procedimento, sessões de fisioterapia, medicação, consoante comprovação anexa dos gastos (Pedido Administrativo nº 3190655414), eis que, por ter sido vítima de acidente de trânsito, conforme documentação comprobatória, enquadra-se nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei nº 6.194/74 e suas alterações.

Outrossim, os documentos anexados nesta inicial pela demandante provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório seja quanto à cobertura pela invalidez permanente, seja quanto à cobertura para reembolso das despesas médicas e suplementares, nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Aliás, em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudências pátrias, deixando evidente e indiscutível o direito da demandante para o recebimento da indenização pela invalidez permanente e para o reembolso pelos gasto com as despesas médicas e hospitalares, vejamos:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA – SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. **NEXO CAUSAL ENTRE O ACIDENTE E A LESÃO COMPROVADO**. INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE - QUANTIFICAÇÃO DA INDENIZAÇÃO PELA TABELA DA SUSEP. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. **Comprovado nos autos que a lesão decorre exclusivamente do acidente de trânsito narrado na inicial, não há falar-se em ausência de nexo de causalidade. Diante da aplicação ao caso da Lei nº 6.194/74, com as alterações trazidas pela MP nº 340/2006 e pela MP nº 451/08, convertidas na Lei nº 11.482/07 e na Lei nº 11.945/09, respectivamente, a indenização do seguro obrigatório de DPVAT, no caso de invalidez permanente, deve ser arbitrada de acordo com os parâmetros estabelecidos no § 1º do artigo 3º da Lei nº 6.194/74.** (TJ-MS - AC: 08110842220188120002 MS 0811084-22.2018.8.12.0002, Relator: Des. Odemilson Roberto Castro Fassa, Data de Julgamento: 20/02/2020, 3ª Câmara Cível, Data de Publicação: 27/02/2020). (Grifos nossos)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - ACIDENTE DE TRÂNSITO - **INVALIDEZ PERMANENTE - NEXO CAUSAL - COMPROVADO - BOLETIM DE OCORRÊNCIA E DOCUMENTOS DO ATENDIMENTO HOSPITALAR** - HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - FIXADOS POR APRECIÇÃO EQUITATIVA - ARTIGO 85, § 8º DO CPC - RAZOABILIDADE - SENTENÇA FORMADA - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. **Presente o nexo causal entre o acidente e as lesões permanentes observadas pelo autor, é caso de procedência da ação de cobrança do seguro DPVAT.** Em observância aos parâmetros legais que norteiam a matéria, atendidos os critérios da razoabilidade e em prestígio ao exercício da advocacia, impõe-se a manutenção dos honorários advocatícios fixados por apreciação equitativa, com



fundamento no artigo 85, § 8º, do CPC. (TJ-MT - AC: 10148532720198110041 MT, Relator: GUIOMAR TEODORO BORGES, Data de Julgamento: 05/02/2020, Quarta Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 07/02/2020). (Grifos nossos)

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. [DPVAT](#). AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. 1. **Demonstrada a ocorrência do acidente e da invalidez permanente da parte autora, nos termos do art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74, é devida a indenização securitária.** 2. Graduação da invalidez. Mostra-se necessária a graduação da invalidez para fins de cobrança do seguro obrigatório [DPVAT](#). Questão pacificada em razão do julgamento do REsp 1.246.432, submetido ao regime dos Recursos Repetitivos (art. 543-C do Código de Processo Civil) e Súmula 474 do STJ. 3. Complementação de indenização devida, considerando o grau de invalidez apurado na perícia judicial e o pagamento administrativo realizado. 4. Correção monetária incidente a partir do pagamento administrativo. Sentença reformada, no ponto. 5. Distribuição da sucumbência mantida, considerado o decaimento das partes. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70069102705, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 29/06/2016). (Grifos nossos).

RECURSO INOMINADO. CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INDENIZAÇÃO. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL. VALOR INDENIZATÓRIO CONSONANTE COM A LEI DE REGÊNCIA. PERCENTUAL CORRESPONDENTE À EXTENSÃO COMPROVADA DO DANO. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. SENTENÇA MANTIDA. 1. **Se os elementos de prova dos autos, aliados à verossimilhança da versão do ofendido e de outras provas documentais, fazem emergir claramente o nexo causal entre o fato, as lesões e suas consequências, desnecessária se torna a realização de perícia técnica, além da que já consta do processo, não havendo, por isso, que falar na complexidade da matéria** probante em tanto quanto possa afastar a competência do Juizado Especial Cível. 2. **Os três laudos periciais juntado aos autos, oriundo da POLITEC (ordem #85), atestam a debilidade permanente sofrida pela parte recorrente. Destarte, faz jus ao recebimento do seguro DPVAT, em percentual correspondente à extensão da lesão sofrida.** 3. A fixação do valor da indenização atende às disposições contidas na Lei nº 11.945 /2009, não se cogitando, portanto, de reforma da sentença recorrida. 3. Recurso conhecido e não provido. Sentença mantida por seus próprios fundamentos. (TJ-AP - RI: 00410268720188030001 AP, Relator: REGINALDO GOMES DE ANDRADE, Data de Julgamento: 18/12/2019, Turma recursal). (Grifos nossos)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE. PERDA DA FUNÇÃO DA MÃO ESQUERDA EM 10%. LEI 6.194/74. SÚMULA 474 DO STJ. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. 1. A preliminar de substituição do polo passivo da ação não se sustenta, uma vez que o Superior Tribunal de Justiça já se manifestou sobre a questão, entendendo que qualquer seguradora poderá ser acionada para pagar o valor da indenização correspondente ao seguro obrigatório, assegurado o direito de regresso. 2. **Não há dúvidas quanto à aplicação do art. 3º da Lei 6.194/74 ao caso, conforme redação dada pelas Leis 11.482/2007 e 11.945/2009, posto que o acidente sofrido pelo autor da ação ocorreu em 24.12.2012, ou seja, após a entrada em vigor dos referidos dispositivos legais que determinaram que a indenização do seguro DPVAT deveria ser gradativa, isto é, calculada percentualmente, de acordo com o grau da lesão constatada.** 3. Com efeito, o Supremo Tribunal Federal analisando Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 4350 - DF, questionando as alterações promovidas pelas Leis n.º 11.482-2007 e n.º 11.945-2009, julgou a Ação improcedente, declarando a constitucionalidade das referidas Leis, sobretudo



em relação ao dever de gradação das lesões e sua adaptação à tabela anexa à Lei n.º 6.194/74. 4. O C. STJ, no mesmo sentido, editou a Súmula 474, a qual estabelece que a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. 5. **A tabela anexa à Lei nº 6.194 /1974 determina que a Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos? fica limitada a 70% do valor máximo de cobertura. Assim, fazendo-se o enquadramento da perda anatômica, tem-se o montante de R\$ 9.450,00, que corresponde a 70% de R\$ 13.500,00.** 6. Na perícia realizada no autor, ficou constatada a lesão na mão esquerda com perda de 50% (cinquenta por cento). Assim, aplicando-se a redução prevista no inciso II do § 1º, o valor da indenização é de R\$ 4.725,00. 7. Recurso Conhecido e Parcialmente Provido. (TJ-PA - AC: 00052268220108140040 BELÉM, Relator: JOSE MARIA TEIXEIRA DO ROSARIO, Data de Julgamento: 01/10/2019, 2ª TURMA DE DIREITO PRIVADO, Data de Publicação: 15/10/2019). (Grifos nossos)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - REEMBOLSO DE DESPESA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES - PROVA DAS DESPESAS E NEXO CAUSAL - AUSÊNCIA - NEXO CAUSAL ENTRE O ACIDENTE E A LESÃO APONTADA - INDENIZAÇÃO DEVIDA - VALOR CORRETO. 1 - **O reembolso de despesas de assistência médica e suplementares está condicionado à comprovação da realização dos gastos, nos termos do art. 3º, inc. III, da Lei 6.194/74, no valor de até R\$2.700,00.** 2 - **Nos limites da Lei, o pagamento da indenização do seguro DPVAT será efetuado mediante prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa do segurado** (art. 5º, caput, da Lei nº 6.194/74). 3- O valor da indenização securitária deve ser apurado segundo o grau de invalidez da vítima e tem por base de cálculo o teto previsto na Lei nº 6.194/74, sendo obrigatória a utilização da tabela do Conselho Nacional de Seguros Privados. (TJ-MG - AC: 10035150122535001 MG, Relator: Claret de Moraes, Data de Julgamento: 15/10/2019, Data de Publicação: 25/10/2019). (Grifos nossos)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. REQUISITOS DO ARTIGO 3º, § 2º, DA LEI Nº 6.194/74 PRESENTES. NEXO CAUSAL EVIDENCIADO. MEIOS DE PROVAS ACOLHIDOS. 1. **Dos recibos de pagamento, receita médica e relatório acostados aos autos, depreende-se que o atendimento oferecido a apelada se deu nos dias subsequentes ao acidente de trânsito, guardando total relação com este, bem como a natureza do dano físico dele advindo, isto é, fratura da tíbia, restando patente o nexo causal entre o sinistro e as despesas que se pretende a restituição, motivo porque há de ser mantida a condenação.** 2. A Lei nº 6.194/74 não exige a apresentação de nota fiscal ou documento específico para a comprovação das despesas médicas ou hospitalares para fins do seu reembolso. **APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA, MAS DESPROVIDA.** (TJ-GO – Apelação Cível (CPC): 00543723320178090051, Relator: ROBERTO HORÁCIO DE REZENDE, Data de Julgamento: 27/09/2019, 1ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ de 27/09/2019). (Grifos nossos)

RECURSO DE APELAÇÃO - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT- DESPESAS SUPLEMENTARES – REEMBOLSO DESPESAS MÉDICAS – COMPROVAÇÃO DO NEXO CAUSAL – RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. I- **De acordo com o artigo 3º, inciso III, da Lei 6.194/74, a vítima de acidente de trânsito tem direito a reembolso de despesas médicas e suplementares se for devidamente comprovadas no processo** . II - **Após comprovadas as despesas suportadas pelo beneficiário, bem como o nexo causal com o acidente, é de rigor manter a condenação da seguradora no reembolso.** (TJ-MS - AC: 08014566320198120005 MS 0801456-63.2019.8.12.0005, Relator: Des. Geraldo de Almeida Santiago, Data de Julgamento: 17/08/2020, 1ª Câmara Cível, Data de



Destarte, Excelência, em conformidade com o previsto na Lei nº [6.194/74](#) e suas alterações, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de indenização, devidamente corrigido e atualizado (Súmulas 426 e 580 do STJ), do seguro [DPVAT](#) à parte autora, **montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e da realização de eventual perícia médica**; bem como, seja condenada a reembolsar a autora pelos comprovados gastos com as despesas de assistência médica e suplementares, com as devidas correções e atualizações monetárias, conforme Súmulas 426 e 580 do STJ.

V – DOS PEDIDOS

Ex positis, ao reconhecer que a Indenização do Seguro Obrigatório tem como efeito beneficiar quaisquer vítimas de acidente de trânsito e não as seguradoras do sistema, a demandante requer a Vossa Excelência o que segue:

1. A concessão da **ASSISTÊNCIA JURÍDICA GRATUITA**, conforme Lei nº 1.060/50, vez que a autora não possui recursos para arcar com suas despesas, conforme declaração de insuficiência econômica anexa, além da anexa CTPS, comprovando a situação de desemprego, e sem contar os gastos com a manutenção da família e com o tratamento de recuperação dos movimentos da mão, conforme documentos anexos;
2. Que seja recebida a presente, autuada e, conforme art. 246, inc. I, do CPC/15, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta ação, através de carta AR/MP, na pessoa de seu representante legal, para, querendo, apresentar resposta no prazo legal, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;
3. Que seja designada audiência prévia de conciliação, nos termos do art. 319, VII, do [CPC/2015](#);
4. Que **seja aplicada a teoria da distribuição dinâmica do ônus da prova, com a inversão do ônus de suportar o adiantamento das despesas com a produção da prova pericial, tomando por base, o princípio da razoabilidade, pois a seguradora requerida detém melhores condições de patrocinar esta**, a fim de se apurar a verdade real e alcançando assim, a almejada justiça;
5. Se eventualmente pelos motivos elencados em lei, for decretada a revelia da seguradora requerida, requer seja aplicada a teoria da distribuição dinâmica do ônus da prova, com a inversão do ônus de suportar as despesas com a produção da prova pericial, condenando a ré a arcar com os honorários periciais, arbitrados por Vossa Excelência, que deverão ser pagos ao final do processo, pois não pode o Estado arcar com tal ônus por desídia da Seguradora, também não pode a mesma beneficiar-se da própria torpeza (haja vista que se for o Estado incumbido de tais despesas, a seguradora estaria sendo premiada por ser revel, o que não é admissível);
6. Que, ao final, julgue a presente ação **TOTALMENTE PROCEDENTE**,



reconhecendo o direito à indenização e ao reembolso da autora; bem como determine-se que a ré pague tal indenização referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT (cobertura – invalidez), em face da perda funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos, que corresponde ao percentual de 70% (setenta por cento) do valor de máxima cobertura, no montante de **R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais)**, que deverá ser devidamente corrigido e atualizado, conforme Súmulas 426 e 580 do STJ; além de determinar que a ré pague o valor de **R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)**, que deverá ser devidamente corrigido e atualizado, conforme Súmulas 426 e 580 do STJ, a título de reembolso em face dos comprovados gastos com a cirurgia, materiais utilizados no procedimento, sessões de fisioterapia e medicação (cobertura – DAMS);

7. Que seja a demandada condenada ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, estes no importe de 20% (vinte por cento) do valor da condenação.

Protesta e requer, ainda, provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidas, principalmente pela juntada posterior de outros documentos, pericial, testemunhal, devendo ainda, a requerida colacionar aos autos os documentos necessários para o desenrolar da questão, por ser de direito e de justiça.

Dá-se à causa, o valor de **R\$ 12.150,00 (doze mil, cento e cinquenta reais)**.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Caruaru-PE, 17 de setembro de 2020.

Thiago Sousa da Mata
Advogado - OAB/PE – 34.924

Juliana Synara Rosendo Feitosa
Advogada - OAB/PE – 37.450



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES, brasileira, casada/união estável, autônoma, inscrita no CPF sob o nº 858.738.294-20, RG nº 5.422.526 SDS-PE, residente e domiciliada à Rua Barão de Itamaracá, nº 284, Apto. 1, Indianópolis, CEP 55.024-210, Caruaru-PE.

OUTORGADOS: THIAGO SOUSA DA MATA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 34.924; DOUGLAS CÉSAR PESSOA DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 37.447; e JULIANA SYNARA ROSENDO FEITOSA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE sob o nº 37.450, com endereço profissional à Av. Rui Barbosa, nº 48, 2º andar, Sala - 301, Maurício de Nassau, CEP: 55.012-080, Caruaru-PE, para fins de intimações em conformidade com a nossa lei adjetiva civil.

OBJETO: representar a(s) Outorgante(s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu(s) bastante(s) procurador(es) o(s) Outorgado(s), concedendo-lhe(s) os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao(s) Advogado(s) acima descrito(s), os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei nº 13.105/2015.

Caruaru - PE, 09 de junho de 2020.



JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Página 1

Thiago Sousa
OAB/PE 34.924
81 99669.8473
99219.6952

Douglas Pessoa
OAB/PE 37.447
81 99620.3285

Juliana Rosendo
OAB/PE 37.450
81 99986.9240
99224.3626





Sousa, Pessoa & Rosendo
advogadas associadas

Av. Rui Barbosa, 48 - 2º andar | Sala 301 | M. de Nassau | Caruaru - PE
CEP 55.012-080 | spradvogadosassociados@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **JOSIMERE BERNARDINO MARQUES**, brasileira, casada/união estável, autônoma, inscrita no CPF sob o nº 858.738.294-20, RG nº 5.422.526 SDS-PE, residente e domiciliada à Rua Barão de Itamaracá, nº 284, Apto. 1, Indianópolis, CEP 55.024-210, Caruaru-PE, declaro para os devidos fins que não reúno condições financeiras para arcar com as custas de um processo, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei nº 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, pobre no sentido legal da acepção.

Caruaru-PE, 09 de junho de 2020.

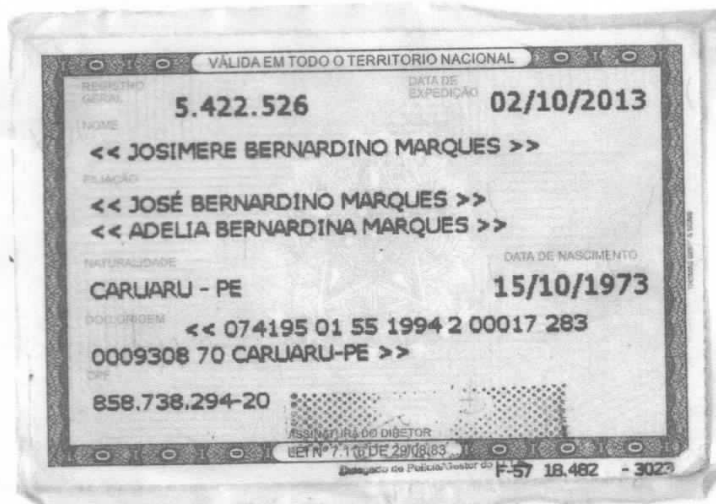
Josimere Bernardino Marques
JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Thiago Sousa
OAB/PE 34.924
81 99669.8473
99219.6952

Douglas Pessoa
OAB/PE 37.447
81 99620.3285

Juliana Rosendo
OAB/PE 37.450
81 99986.9240
99224.3626







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE REGISTRO DE UNIÃO ESTÁVEL

NOME:

EZEQUIEL BRITO

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

MATRÍCULA:

074195 01 55 2017 7 00034 011 0011905 72

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS COMPANHEIROS

EZEQUIEL BRITO, nacionalidade brasileira,
estado civil viúvo, nascido em Caruaru,
Estado de Pernambuco a 16 de abril de 1948,
filho de MARIA DO CARMO BRITO

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES,
nacionalidade brasileira, estado civil
divorciada, nascida em Caruaru, Estado de
Pernambuco a 15 de outubro de 1973, filha de
JOSÉ BERNARDINO MARQUES e ADELIA
BERNARDINA MARQUES

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO

Vinte e seis de setembro de dois mil e dezessete.

DIA

26

MÊS

09

ANO

2017

REGIME DE BENS DO ADOTADO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS COMPANHEIROS PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES BRITO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado conforme Escritura Pública datada de 18/09/2017, oriunda do(a) 2º Serviço Notarial e de Protestos desta Comarca, subscrita por Bela. Rosemary da Silva Vieira, 2º Tabelião Pública, lavrada no Livro 389-E, fls. 155/155v.

Advertência: Esse registro não produz efeitos da conversão da união estável em casamento (Art. 9º do Provimento 37/2014 do CNJ).

Ato registrado no livro E-34, às folhas 11 sob o nº 11905. Não constam averbações à margem do termo.

Nome do Ofício

Cartório de Registro Civil da 1ª Zona Judiciária

Oficial Registrador

Isabel Cristina Almeida Freitas

Município/UF

Caruaru/PE

Endereço

Rua Mestre Pedro, 14 - Tel: (81) 3721-0446
cartoriocaruaru@hotmail.com

Selo: 0074195.OSJ09201701.00277

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

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Caruaru, 26 de setembro de 2017.

- ☐ Isabel Cristina Almeida Freitas - Registradora Civil
- ☐ Alfredo Rodrigues de Melo - 1º Substituto
- ☒ Ilka Thayana Almeida Valença - 2ª Substituta
- ☐ Bárbara Silva de Azevedo Florencio - Escrevente Autorizada

(Digitado por: Ilka Thayana Almeida Valença - 2ª Substituta)

AAB 003823





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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

DADOS DO CLIENTE

JOSEPH DE OLIVEIRA MATEUS JR.

CPF: 856.736.294-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DE LUIZ ALVARO, 264 AP-1

INTELE FONECA, ARUARU
CARUARU-PE
55024-210

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7022416949	05/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PROXIMA LETURA
15/05/2020	05/06/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
275,73	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
107243334	1860A	09/05/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/05/2020	2007967010	826-556

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VWh) - TUEI	305,000000	0,42585/89	129,91
Consumo Ativo (VWh) - TE	335,000000	0,32874411	109,26
Contrib. Ilum. Pública Municipal			34,94
ICMS Subvenção - CDE NF 089448101-0/03/20			1,62
TOTAL DA FATURA			275,73

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
M0579F2	C&E	07/04/2020	1.187,00	09/05/2020	1.492,00	31	1,00000		305,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mai/20	305			Ger. e dist. de Energia	R\$ 75,78 31,85%
ABR/20	297			Transmissão	R\$ 0,81 0,29%
MAR/20	265			Distribuição (Celpe)	R\$ 53,52 22,38%
FEV/20	301			Perdas de Energia	R\$ 16,86 7,05%
JAN/20	246			Encargos Setoriais	R\$ 12,58 5,28%
DEZ/19	279			Tributos	R\$ 21,62 29,95%
NOV/19	247			Total	R\$ 235,17 100%
OCT/19	207			TARIFAS APLICADAS	
SET/19	156				
AGO/19	167				
JUL/19	201				
JUN/19	220				
MAI/19	257				
		RESERVADO AO FISCO			
		B7A2 3E42 ADF2 739B 740B 6249 4035 60C 8			



Assinado eletronicamente por: THIAGO SOUSA DA MATA - 17/09/2020 12:33:09

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009171233099600000066816891>

Número do documento: 2009171233099600000066816891



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO
Subslegacia

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Série 00034

Série



Portador Direto

Número 21572

Número



Yasimere Bernadine Magalhães
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Josemere Bernardino
Marques
 Loc. Nasc. Caruaru
 Est. Pernambuco Data 15.10.1973
 Filiação Jose Bernardino
Marques e Adelia Ber-
nardino Marques
 Est. Civil Solteiro Doc. N° 180
 Fls. 200 Liv. A-80 Reg. Civil Caruaru-PE
 Outro doc.
 Situação Militar: Doc.
 N° Órgão Est.
 Naturalizado Dec. N° Em/...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. N° Exp. em/...../.....
 Estado
 Obs
 Data Emissão 25.07.90 DRT STE-PE
Seilon

Assinatura do Funcionário

Eymar Costa da Silva

Ag. Adm - Mat. 2.666



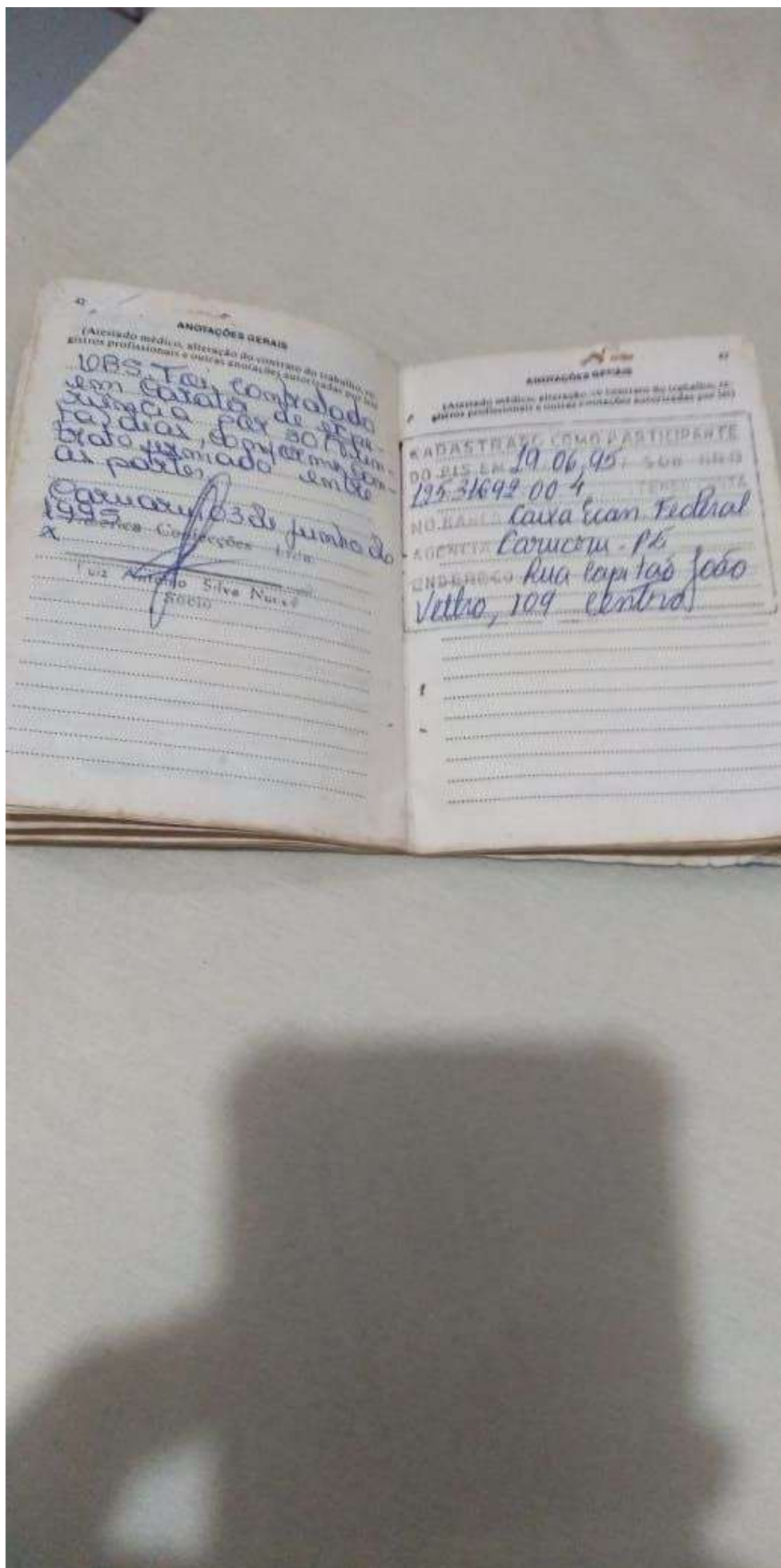
12 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: América Confeccões
COC/ME: 00.606.705001-57
Rua: Lauro de Souza Lima N. 349
Município: Caracara Est.: PE
Esp. do estabelecimento: Comércio Varej. At. com
Cargo: Vendedor
C.B.O. nº: 45130
Data admissão: 03 de junho de 1995
Registro nº: 7 Fls./Ficha 4
Remuneração especificada: R\$ 125,00 (
cento e vinte e cinco reais)
América Confeccões
Ass. do empregador ou a rogo o test.:
1º Sócio 2º Sócio
Data saída: 30 de abril de 1996
Ass. do empregador ou a rogo o test.:
Fernando Antonio Silva Nunes
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº: _____

13 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: Geraldo Pereira de
Vasconcelos Junior
COC/ME: 10.805.49210001-46
Rua: M. Guil. Amândio
Município: Caracara Est.: PE
Esp. do estabelecimento: Comércio Varej. Com. e
Cargo: Vendedor
C.B.O. nº: 521130
Data admissão: 01 de setembro de 1999
Registro nº: 001 Fls./Ficha 092
Remuneração especificada: R\$ 465,00 (
quatrocentos e sessenta e
cinco reais)
Geraldo Pereira de Vasconcelos Junior
Ass. do empregador ou a rogo o test.:
1º Geraldo Pereira de Vasconcelos Junior 2º Geraldo Pereira de Vasconcelos Junior
Data saída: 16 de agosto de 192010
Ass. do empregador ou a rogo o test.:
Geraldo Pereira de Vasconcelos Junior
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº: _____







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0179000900**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/06/2020** às **11:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/10/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA BARÃO DE ITAMARACA BAIRRO INDIANOPOLIS** - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
EZEQUIEL BRITO (NOTICIANTE)
JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ADELIA BERNARDINA MARQUES** Pai: **JOSÉ BERNARDINO MARQUES** Data de Nascimento: **15/10/1973** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5422526/SDS/PE (RG), 85873829420 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Telefones Celulares: **- 81994103448**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 284, RUA BARÃO DE ITAMARACA INDIANOPOLIS CARURU PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EZEQUIEL BRITO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO BRITO** Pai: **ANTONIO FERREIRA DE BRITO** Data de Nascimento: **16/4/1948** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 284, RUA BARÃO DE ITAMACA INDIANOPOLIS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSIMERE BERNARDINO MARQUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIMERE BERNARDINO MARQUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW6216** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **111970230** Chassi: **9C6RG3810H0003687**

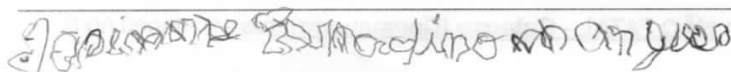
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA, MARCA YAMAHA/YS150 COR BRANCA EM NOME DE BRENO ANDRESSON SILVA BRITO FILHO DO NOTICIANTE**

Complemento / Observação

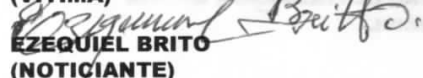
O NOTICIANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE NA DATA ACIMA ESTAVA EM VIA PÚBLICA, TRANSITANDO NA MOTOCICLETA MENCIONADA, CONDUZIDA POR EZEQUIEL BRITO, QUANDO O CONDUTOR DO VEÍCULO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, APÓS O CADARÇO DO SAPATO DA VITIMA ENGANCHAR NA RODA TRASEIRA, CAIRAM AO CHÃO, NA OCASIÃO A VITIMA JOSIMERE QUEBROU O PULSO DIREITO, FOI CONDUZIDA PRA O HOSPITAL SÃO GABRIEL, ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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



JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

(VITIMA)



EZEQUIEL BRITO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **HELDILENE ODETE DOS ANJOS** - Matrícula: **209089-9**

08/06/2020 11:24



Nº PRONTUÁRIO
20279DATA DE ENTRADA
10/10/2019 ÀS 18:23Nº REGISTRO
6995

BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES				SEXO: Feminino	NASCIMENTO: 15/10/1973	IDADE: 45 anos, 11 meses e 25 dias
NOME DA MAE: ADELIA BERNARDINA MARQUES		NOME DO PAI: JOSE BERNARDINO MARQUES		IDENTIDADE: 5422526	CPF: 858.738.294-20	TELEFONE: (81) 98835-6235
ENDEREÇO: BARAO DE ITAMARACA	Nº: 234	BAIRRO: INDIANOPOLIS	CIDADE: CARUARU	UF: PE	CEP: 55026005	CELULAR:
CONVÊNIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA: 449761001	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG		
CRM/MEDICO: 015172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE		ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: AMANDASOUZA		
BLOCO: 3º ANDAR	ACOMODACAO: ENFERMARIA 308	LEITO: A	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: CARUARU	PROFISSÃO:	

Queixa Principal:

História Clínica:

Queda com Luxação do Ombro

Exames:

Rx

HD:

Fratura Radio ulnar

Thiago C. Cavalcanti
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15172

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐

Data Alta: __/__/____ Hora: ____:____

Médico Responsável: _____

Thiago C. Cavalcanti
Paciente ou Responsável

Amândasouza
AMANDASOUZA

Av. José Veríssimo, 752 - Caruaru - Pe - Fones: 81-37277250 Ort - 8137277272 Oft - CNPJ . 22.721.288/0001-26





FICHA DE INTERNAÇÃO
TERMO DE RESPONSABILIDADE

AV. PEDRO JORDÃO, 734 - MAURÍCIO DE NASSAU - FONE: (81) 3727-7250 - CEP: 55.014-320 - CARUARU - PE

DADOS DO PACIENTE			
Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES		Registro: 6995	
Nascimento: 15/10/1973	45 Anos	Sexo: Feminino	Natural: CARUARU
Identidade: 5422526	CPF: 858.738.294-20	Profissão:	
Endereço: BARAO DE ITAMARACA		Bairro: INDIANOPOLIS	
Cidade: CARUARU	UF	CEP: 55026005	
Filiação: ADELIA BERNARDINA MARQUES		/ JOSE BERNARDINO MARQUES	
Telefone: (81) 98835-6235	Celular:	Religião:	
DADOS DA INTERNAÇÃO			
Médico Internação: PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE		Prontuário: 20279	
Convênio: PARTICULAR HSG		Data Internação:	
Matrícula: 449761001	Guia:	Validade Guia:	Senha:
Tipo Acomodação: Enfermaria		Clínica: Cirúrgica	
Bloco: 3º ANDAR	Acomodação: ENFERMARIA 308	Leito: A	
DADOS DO RESPONSÁVEL			
Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES		CPF: 858.738.294-20	Identidade: 5422526
Endereço: BARAO DE ITAMARACA		Bairro: INDIANOPOLIS	
Cidade: CARUARU		UF	Telefone: 81988356235
TERMO DE RESPONSABILIDADE			

O responsável, já devidamente qualificado e abaixo assinado, declara para todos os efeitos de direito que assume plena e total responsabilidade na condição de pagador solidário e/ou principal, por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima residente e domiciliado no endereço supra mencionado, atendido e/ou internado neste Hospital.

No caso de o paciente acima mencionado ser associado a qualquer Instituição que mantenha convênio com este Hospital, seja para pagamento total ou parcial do tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial, declara para todos os fins de direito que assume inteira responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital pela Instituição conveniada, seja a que título for, incluindo atraso de pagamento em relação ao pactuado entre Instituição e o Hospital.

Declara, ainda, a validade das despesas já mencionadas até a liquidação do débito, independente de notificação prévia e em caso de inadimplência, acrescidos de juros de mora a partir da alta hospitalar, despesas de cobrança e correção pelos índices de juros bancários.

Outrossim, autoriza que as despesas que forem realizadas, seja(m) emitidas(s) duplicata(s) correspondente(s) a esses valores, em nome do responsável e/ou do paciente, ficando sob a responsabilidade de qualquer dos indicados honrar o pagamento do(s) referido(s) título(s).

Fica eleito como foro competente para dirimir eventuais dissídios decorrentes deste termo ou de qualquer procedimento realizado neste hospital, o foro da comarca de CARUARU/PE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais especial que seja.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Este hospital não dispõe de qualquer tipo de cofre para guarda de pertences e/ou valores de seus pacientes e/ou acompanhantes, como também nenhum funcionário do Hospital encontra-se autorizado a proceder à guarda e/ou vigilância dos mesmos, cabendo aos senhores pacientes e acompanhantes a responsabilidade única e exclusiva de guarda e, vigilância de seus pertences e/ou valores, não devendo deixá-los no apartamento quando de sua(s) ausência(s).

Caso o paciente de CONVÊNIO possua autorização de internamento em ENFERMARIA, por opção do paciente ou responsável seja solicitada a troca de acomodação por APARTAMENTO o responsável deverá se encaminhar ao setor financeiro para pagamento dela diferença no ato da internação.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Será realizado algum outro procedimento além do que está autorizado na guia do convênio? () Sim (X) Não

(Caso Afirmativo Descreva: _____)

COBERTURAS PARA ACOMPANHANTE? () SIM (X) NÃO

Caruaru, 10 de Outubro de 2019.

Camila Marques Vancaneda

☐ Fornecimento de cópia de prontuário.

[Assinatura]
HOSPITAL MEMORIAL CARUARU S/C
Usuário Internação:



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TODAS AS OPERAÇÕES CIRÚRGICAS

Este é um formulário padrão de consentimento orientado para operações cirúrgicas. As informações aqui contidas servem tanto para pequenas cirurgias como para grandes em pacientes com várias complicações.

Estas informações não pretendem assustá-lo, e sim lhe oferecer dados sobre todos os riscos que eventualmente possam acontecer com procedimentos cirúrgicos. Por exemplo: em muitas operações há uma possibilidade muito remota de se precisar de transfusão sanguínea, mas assim a possibilidade de transfusão é mencionada. Esperamos que este formulário o ajude a compreender melhor eventuais acontecimentos que venham a ocorrer depois da cirurgia. Se você não entender alguma coisa, PERGUNTE.

Entendi que para evitar sangramento não devo ingerir produtos com aspirina (ácido acetilsalicílico) por 7 a 10 dias antes da cirurgia.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico abaixo e os seus assistentes designados por ele, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional dele, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou informado de que existem riscos significantes, como perda severa de sangue, infecção e ataque cardíaco que podem levar à morte ou à incapacidade parcial ou permanente que, podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiolologista aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve um certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e/ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Autorizo o uso de transfusões de sangue ou derivados do sangue se forem necessários e indicados pelos médicos. Estou ciente que existem doenças que podem ser transmitidas por meio destes produtos derivados



do sangue incluindo AIDS e hepatite. Estou ciente de que qualquer tecido ou órgão cirurgicamente removido pode ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prática médica hospitalar.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados. Certifico que o meu médico me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, dos resultados antecipados do tratamento proposto, de outras possíveis alternativas de tratamento para esta patologia, e dos possíveis riscos conhecidos, complicações e dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Assinatura do paciente ou do responsável: Camila Marques Vinconcelos

Nome em letra de forma: Camila Marques Vinconcelos RG: _____
CPF: _____

O procedimento médico ou cirúrgico descrito no formulário, incluindo os possíveis riscos, complicações, tratamentos alternativos (incluindo o não tratamento) e resultados antecipados, foram explicados por mim ao paciente ou ao seu responsável antes que o consentimento fosse assinado.

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do médico: _____

NOME em letra de forma: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhes todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.



10-10-19
3 0D

Thiago S. da M.



RELATÓRIO CIRÚRGICOPACIENTE: Josimice Bernardino MarquesDIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura bacia distalOPERAÇÃO PROPOSTA: ~~osteotomia~~ Tto. conserv. com osteossinteseOPERAÇÃO REALIZADA: a mesmaDIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mesmoDATA: 10/10/19

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICACIRURGIÃO: Dr. Pablo Thiago

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. EduardoTIPO DE ANESTESIA: BloqueioINSTRUMENTADOR(A): Arkeley

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HAEMACEL OU SIMILAR:

1 - PREPARO DO CAMPO

4 - TÉCNICA E TÁTICA

7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

2 - VIA DE ACESSO

5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA)

8 - GRÁFICO DA CIRURGIA

3 - ORGÃOS E LESÕES

6 - DRENO E SONTA (PENROSE, KERH, ETC.)

9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICOOsteotomia Ant. superiorAcesso de campoAcesso vlnVisualizada a fendaReducao cruentaFixado com placa "T" 3.5mmDrainagem externaSutura com Nylon 3-0Occlusão

Dr. Pablo Thiago L. de Almeida
Ortopedista/Traumatista
CRM 25172



tem		Bn.		45A.		20K		Hospital		Município SC.		
PRÉ-OPERATÓRIA		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				Prat. nano mista.						
		HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA	II	
		GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA Bras. Roxo Brn.						
		GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS							
		NA	K	CL	RESERVA ACL							
		OP. PROPOSTA					ALERGIA: <i>nenh</i>					ECG.
OP. REALIZADA:					ANEST. ANTERIOR:							
					PRÉ-ANESTÉSICO:							

HORA	20:50h	22h
O ₂		
N ₂ O		
Gases		
200		
180		
160		
140		
120		
100		
80		
60		
40		
20		
<p>ANOTAÇÕES</p> <p>Bras. Roxo Brn. D.</p> <p>cf. AECUVA ASC + S. S. S. S.</p> <p>Assistência de Intubação</p>		

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂				
Levobupr.	cf. 0,25%		Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda			Intubação	
Lino	cf. 0,5%						
Colm.			Posição	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.	
Bras.			Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final	
Colm.			Resultado	Reflexo			
			Duração da Op.		Duração da Anest.		
			Monitorização	Ox. / P. / M. / S. / R. / T. / C. / F. / S. / R.			
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR	CIRC
						RESP	S.R.

Thiago Albuquerque

Médico Cirurgião

Dr. Eduardo Carvalho

Médico Anestesiologista



3072

PACIENTE	ferreira Bernardino	REGISTRO	6095	DATA	10.10.19
CONVÊNIO	Particular	PROCEDIMENTO	cat nado em nso		
CIRURGIÃO	Pablo	ANESTESISTA	Eduardo		
1º AUXILIAR		2º AUXILIAR			
INSTRUMENTADOR	markeir	INÍCIO	20:50	TÉRMINO	23:00
ANESTESIA	Bloqueio de plexo leoador	CIRCULANTE	Patricia		

Medicamento	Quant.
Ácido Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml	
Água destilada sol. inj. 1000ml	
Água destilada sol. inj. 100ml	
Alfentanila sol. inj. 0,544mg/ml - amp 5ml	
Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml	
Bupivacaína + Glicose sol. inj. 0,5% - amp 4ml	
Bupivacaína Isobárica sol. inj. 0,5% - amp 4ml	
Cefalotina sol. inj. 1g - fr/amp	
Cefazolin sol. inj. 1g - fr/amp	1
Cetoprofeno sol. inj. IM 50mg/ml - amp 2ml	
Cetoprofeno sol. inj. IV 100mg - fr/amp	
Cetorolaco sol. inj. 30mg/ml - amp 1ml	
Cisatracúrio sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml	
Clonidina sol. inj. 150mcg/ml - amp 1ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml	1
Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml	
Dextroretamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA	
Diazepam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml	
Diclofenaco sol. inj. 25mg/ml - amp 3ml	
Enoxaparina sol. inj. 40mg - seringa 0,4ml	
Epinefrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Etilfrina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Etomidato sol. inj. 2mg - amp 10ml	
Fentanil sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA	
Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml	
Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml	
Heparina sol. inj. 5.000UI - TAXA	
Hidrocortisona sol. inj. 100mg - fr/amp	
Hidrocortisona sol. inj. 500mg - fr/amp	
Hioscina + Dipirona sol. inj. - amp 5ml	
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% C/V - TAXA	
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% S/V - TAXA	
Lidocaina sol. inj. 2% C/V - Fr/Amp - TAXA	1
Lidocaina sol. inj. 2% S/V - Fr/Amp - TAXA	1
Metronidazol sol. inj. 5mg/ml - bolsa 100ml	
Midazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 3ml	
Morfina sol. inj. 0,2mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Nalbufina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Naloxona sol. inj. 0,4mg/ml - amp 1ml	
Neostigmina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml	
Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp	
Ondasetrona sol. inj. 4mg - amp 2ml	1
Ondasetrona sol. inj. 8mg - amp 2ml	
Petidina sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml	
Prometazina sol. inj. 50mg - amp 2ml	
Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml	
Ranitidina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml	
Remifentanila sol. inj. 2mg - fr/amp	
Ringer com Lactato sol. inj. - fr 500ml	1
Rocurônio sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml	
Ropivacaína sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 20ml	
Sevoflurano sol. p/inalação 1mg/ml - TAXA	
Sufentanila sol. inj. 5mcg/ml - amp 2ml	
Suxametônio sol. inj. 100mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp	

Material Médico Hospitalar	Quant
Agulha descartável n°	
Agulha Gingival	
Agulha para Raqui n°	
Agulha Peridural n° 18	
Algodão bola	
Atadura de Crepe n°	
Atadura gessada n°	
Cateter para Oxigênio	
Cateter para venopunção n° 22	1
Cera para Osso	
Coletor Sistema Aberto	
Coletor Sistema Fechado	
Compressa de gaze 7,5 x 7,5	11
Dreno	
Eletrodo	1
Equipo macro com injetor	1
Equipo para hemoderivados	1
Escova para degermação	1
Esparadrapo	
Luva estéril n° 70 751	1
Máscara descartável	1
Micropore	
Palito	
Sapatilha descartável	1
Scalp n°	
Seringa 10ml	1
Seringa 1ml	
Seringa 20ml	1
Seringa 3ml	
Seringa 5ml	1
Seringa 60ml	
Seringa Perda de Resistência	
Sonda de Foley 02 vias n°	
Sonda de Foley 03 vias n°	
Sonda endotraquel n°	
Sonda nasogátrica curta n°	
Sonda nasogátrica longa n°	
Sonda uretral n°	
Stimuplex	1
Tornelira de 03 vias	
Touca descartável	1
Tubo de silicone	
Dempressa	1
Pinçador AVP	1
Pinça de soro	1
Pinça de 24	1
Meduac	1

Fios de Sutura	Quant
Algodão c/agulha n°	
Algodão s/agulha	
Caprofil n°	
Catgut Cromado n°	
Catgut Simples n°	
Ethibond n°	
Fio de Aço n°	
Kit Catarata	
Monocryl n°	
Nylon n° 80	1
PDS n°	
Prolene n°	
Seda n°	
Vicryl n°	
Fio de cerclagem n°	
Fio de Kirschner n° 40	1

OPME	Quant
Liga Clip	
Tela de Polipropileno	

Líquidos	Quant
Clorexidina degermante 2%	
Água oxigenada	
Álcool 70°	
Clorexidina alcoólica 0,5%	50ml
Álcool Iodado	
PVPI Degermante	
PVPI Tópico	

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO	TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO
Taxa de aparelho de anestesia			Taxa de Capnógrafo		
Taxa de Aspirador			Taxa de Intensificador (adilson)	12	23:00
Taxa de Bisturi Elétrico					
Taxa de Microscópio motor	12	23:00			
Taxa de Monitor Cardíaco					
Taxa de Motec PVI	12	23:00			
Taxa de Oxímetro de Pulso	12	23:00			
Taxa de Sala	12	23:00			
Taxa de Videolaparoscopia					



Paciente _____ Registro Nº _____
Clínica _____ Apto. Nº _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA
(cada evolução deve ser assinada)

DATA

HORA

10/10/19

Paciente submetida a 1ºo cirurgia SI
W. 10.000g

Dr. Thiago C. de Menezes
Ortopedia / Traumatismo
CRM 15172

11/10/19

Curando

2ºa cirurg. SI 10.000g
Fo SI 10.000g
Pneumonia (+)

Dr. Thiago C. de Menezes
Ortopedia / Traumatismo
CRM 15172



**GRUPO SÃO GABRIEL LTDA**

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Prontuário: 202/79

Registro: 6995

Sexo: Feminino

Idade: 45a 11m 25d

Localização: 3ANDA, ENF308, A

Clínica: Cirúrgica

Médico: Maria Helena Vila Nova

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 10/10/2019 às 18:23

Alta:

Evoluções do paciente

1

10/10/2019 as 23:30:45 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

Paciente retorna do BC com procedimento de punho realizado,afebril,eupneica,curativo em FO limpo,segue medicada e aos cuidadosda equipe.

11/10/2019 as 04:14:08 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Evolução

1.1 - Descrição

Paciente EVOLUI no momento em egr no momento sem queixas do seu 1dpo de punho realizado,afebril,eupneica,curativo em FO limpo,segue medicada e aos cuidadosda equipe.

11/10/2019 as 06:44:57 - Sinais Vitais

Localização: 3ANDA, ENF308, A

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA

1 - Formulario SSVV

1.1 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Respiração	Sat.O2
06:15	110/60	74	36	20	97

1.2 - Drenagens

1.2.1 - Outros Drenos

Qual:

1.2.2 - Diurese

(X) Espontânea

() SVA

Maria Helena Vila Nova
Aux. Enfermeiro
COREN-PE 354799

COREN: PE-354799 MARIA HELENA VILA NOVA



**GRUPO SÃO GABRIEL LTDA**

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Prontuário: 202/79 Registro: 6995
Sexo: Feminino Idade: 45a 11m 26d
Localização: 3ANDA, ENF308, A
Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafela de Andrade Santos
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 10/10/2019 às 18:23
Alta:

Evoluções do paciente

1

11/10/2019 as 00:36:41 - SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA A ENFERMAGEM**Localização: 3ANDA, ENF308, A****COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS****1 - CABEÇALHO**

1.1 - Procedência: Casa

1.2 - Alergia
Não

1.3 - Jejum

Sim

Após às: RECUPERAÇÃO ANESTESICA

1.4 - Acesso Venoso

Sim

Local:

2 - EXAME FÍSICO**3 - Integridades da pele**

3.1 - Estado Geral: Regular

3.2 - Nível de Consciência

Consciente

Orientado

Calmo

Sonolento

3.3 - Hidratação: Hidratado

3.4 - Sono e repouso: Preservado

3.5 - Higiene Corporal: Adequada

3.6 - Higiene Bucal: Adequada

3.7 - Alimentação

Suspensa

Qual motivo: PCTE SOB EFEITO ANESTÉSICO

3.8 - Deambulação: Proibida por ordem médica

3.9 - Regulação Térmica: Afebril

3.10 - Oxigenação

Eupnéico

MVP+ s/RA

3.11 - Regulação Vascular: Normocárdico

3.12 - Pulso: Filiforme

3.13 - Regulação Abdominal

Plano

Indolor

3.14 - RHA

Presente

3.15 - Ferida Operatoria

Sim

Local: MSD

3.16 - Dreno

Não

4 - Diagnostico de Enfermagem

Risco para Infecção

Risco para sangramento

5 - Condutas de Enfermagem

Lavagem das mãos antes e após os procedimentos, utilizar EPI'S E técnicas assépticas.

Manter vias aéreas pervias, monitorar FR, observar sinais de esforço respiratório

Manter decúbito adequado ao paciente conforme orientação Médica

Verificar o local da incisão cirúrgica após cada curativo.

Avaliar o processo de cicatrização da ferida operatória.

Página: 1 de 2

Emitido em: 11/10/2019 00:55:51

AV JOSÉ VERÍSSIMO MAURÍCIO DE NASSAU PE C.E.P.: 59014-320

S.P.Data - S.G.H. - P.E.P. v.19.01.01 : 103701



Assinado eletronicamente por: THIAGO SOUSA DA MATA - 17/09/2020 12:33:11

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091712331105100000066816906>

Número do documento: 20091712331105100000066816906

Num. 68123577 - Pág. 3

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Prontuário: 202/79

Registro: 6995

Sexo: Feminino

Idade: 45a 11m 26d

Localização: 3ANDA, ENF308, A

Clínica: Cirúrgica

Médico: Simone Rafaela de Andrade Santos

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 10/10/2019 às 18:23

Alta:

Evoluções do paciente

2

Evolução Enfermagem

3.1 - Descrição

PCIENTE SEGUE EM P.O.I TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO, NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, EUPNÉICA, NORMOCORADA, SONOLENTA, EM REPOUSO NO ELITO, COM CURATIVO OCLUSIVO EM MSD, MEMBRO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

Avaliação do Grau de Risco - Escala de Braden

7.1 - Percepção Sensorial: Muito Limitado

7.2 - Umidade: Rara

7.3 - Atividade: Acamado

7.4 - Mobilidade: Discreta Limitação

7.5 - Nutrição: Adequada

7.6 - Fricção Cisalhamento: Sem Problema Aparente

7.7 - Total: 16 Pontos

7.8 - Classificação: (15 - 16) Risco Brando

Escala de Coma de Glasgow

8.1 - Abertura Ocular: Espontânea

8.2 - Resposta Verbal: Orientado e Conversando

8.3 - Resultado: 15 Pontos

8.4 - Resposta Motora: Ao Comando

Simone Rafaela de Andrade Santos
COREN PE 199796

COREN: PE-199796 SIMONE RAFAELA DE ANDRADE SANTOS



**GRUPO SÃO GABRIEL LTDA**

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Prontuário: 202/79

Registro: 6995

Sexo: Feminino

Idade: 45a 11m 26d

Localização: 3ANDA, ENF308, A

Clínica: Cirúrgica

Médico: Claudeane Nunes Pereira da Silva

Convênio: PARTICULAR HSG

C.I.D.:

Entrada: 10/10/2019 às 18:23

Alta:

Evoluções do paciente

1

11/10/2019 as 07:21:37 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**Localização: 3ANDA, ENF308, A****COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA**

1 - Evolução

1.1 - Descrição

ÀS 07:00 RECEBO PACIENTE EM POI PUNHO, EGR, CONCIENTE, ORIENTADA, EUPINEICA, COM AVP FUNCIONANTE, CURATIVO EM F.O, DIETA V.O, DIURESE ESPONTANEA, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS.

11/10/2019 as 09:05:18 - EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**Localização: 3ANDA, ENF308, A****COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA**

1 - Evolução

1.1 - Descrição

ÀS 09:00 PACIENTE REEBE ALTA HOSPITALAR, RENOVADO CURATIVO EM F.O LIMPA E SECA UTILIZADO:

01 LUVA ESTERIL

02 GASES

01 ATADURA DE 10CC

15CM DE MICROPORE

10ML DE ALCOOL

Claudeane Nunes
de enfermagem
COREN: PE-653200

COREN: PE-653200 CLAUDEANE NUNES PEREIRA DA SILVA



Nº Registro 6995

Data Internamento: 10/10/2019 18:23:00

Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Bloco: 3º Enf/Apt: ENFE Leito: A

Convênio: PARTICULAR HSG

Carteira: 449761001

Médico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE

Data Evento: 11/10/2019 08:07:07

EVOLUCAO NUTRICAO

1 - Evolução

1.1 - Descrição

DIETA V.O, LIVRE, NORMOCALÓRICA, NORMOPROTEICA, NORMOLIPIDICA, NORMOGLICIDICA, RICA EM MICRONUTRIENTES, FRACIONADA EM 06 REFEIÇÕES/DIA. VET: 2.000KCAL/DIA. PCT NÃO APRESENTA ALERGIAS OU INTOLERANCIAS ALIMENTARES.

Tatiana S. Oliveira Ferreira Nunes
Nutricionista

TATIANA DA SILVA OLIVEIRA FERREIRA NUNES

11/10/2019 08:07:07

CRN-PE-14911





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
 CNPJ: 22.721.288/0001-26
 End. completo: Av. José Veríssimo, 752
Maurício de Nassau - 55014-250
 Telefone: (81) 3727-7250 Cidade: Caruaru UF PE

Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Endereço:

Prescrição:

1. CEFALOXINA 500mg ----- 40 Comp
 TOMAR 01 COMP 4 X AO DIA POR 10 DIAS.
 6 DA MANHÃ / MEIO DIA / 6 DA TARDE / 10 DA NOITE
2. TRAMADON 50 mg ----- 20 COMP
 TOMAR 01 COMP VO 3 X AO DIA CASO DOR INTENSA
 6 DA MANHÃ / 2 DA TARDE / 10 DA NOITE

11/10/2019

DATA

DR PABLO THIAGO G. DE ALBUQUERQUE
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Carimbo e assinatura do farmacêutico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Ident.: _____ Orgão Emissor _____
 End.: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE





P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

R//

1. PROFENID PROTECT 200mg/20mg ----- 01 Cx

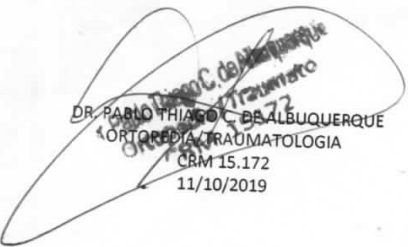
TOMAR 01 COMP VO AO DIA POR 10 DIAS.

2. NOVALGINA 1g ----- 01 Cx

TOMAR 01 COMP VO DE 6/6h CASO DOR.

3. DAFLON 1000 ----- 90 Comp

TOMAR 01 COMP VO AO DIA POR 90 DIAS.


DR. PAULO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
11/10/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Mauricio de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

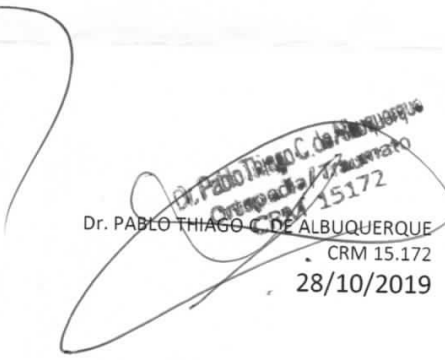




LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NO DIA 10/10/2019, COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO, OCASIONANDO FRATURA DE RÁDIO DISTAL. FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXADO COM PLACA DCP 3.5mm.

CID: S52.5


Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
CRM 15.172
28/10/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE



P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO:

✚ FISIOTERAPIA MOTORA (20) SEÇÕES.

HD: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.172
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
24/10/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE



P/ JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

SOLICITO :

✓ RX PUNHO DIREITO AP/P

Dr. Pablo Thiago Sousa Albuquerque
DR. PABLO THIAGO SOUSA ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
24/10/2019

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE







JOSIMERE BERNARDINO MARQUES, PART.
Sex: Feminino
Data de nascimento: 15/10/1973
ID: 147627

Data de aquis.: 30/12/2019
Hora de aquis.: 11:47:34
Índice de exp.: 2380

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES, PART.
Sex: Feminino
Data de nascimento: 15/10/1973
ID: 147627

Data de aquis.: 30/12/2019
Hora de aquis.: 11:48:59
Índice de exp.: 2053

DIR.

PUNHO
AP
W: 4095, L: 2300
ID de técnico: deividlopes

HOSP. MEMORIA

Escala: 1.17
SÃO GABRIEL

PUNHO
LATERAL
W: 4104, L: 2285
ID de técnico: deividlopes

HOSP. MEMORIA

Escala: 1.05
SÃO GABRIEL

4cm

4cm



JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Sex: Feminino
Data de nascimento: 15/10/1973
ID: 137070

Data de aquis: 24/10/2019
Hora de aquis: 17:44:04
Indice de exp: 2544

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES
Sex: Feminino
Data de nascimento: 15/10/1973
ID: 137070

Data de aquis: 24/10/2019
Hora de aquis: 17:45:33
Indice de exp: 2270



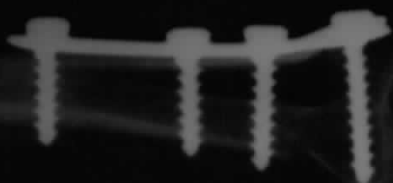
DIR.

PUNHO
PA
W: 4134, L: 1718
ID de técnico: edvaldooliveira

HOSP. MEMORIAL

Escala: 1.01
SÃO GABRIEL

4cm




PUNHO
LATERAL
W: 3552, L: 2066
ID de técnico: edvaldooliveira

HOSP. MEMORIAL


Escala: 1.15
SÃO GABRIEL

4cm



		PREFEITURA DE CARUARU SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 513					
Data e Hora da Emissão		14/11/2019 16:55:47		Competência		14/11/2019		Código de Verificação		084401915	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída		512		Local da Prestação		CARUARU - PE	
Dados do Prestador de Serviços											
Razão Social/Nome		PABLO & TAMARA ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL LTDA									
Nome Fantasia		C.O.T.									
CNPJ/CPF		13.872.370/0001-60		Inscrição Municipal		90595880		Município		CARUARU - PE	
Endereço e Cep		AVENIDA JOSÉ VERÍSSIMO, 186 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-250									
Complemento:				Telefone:		(81)3721-3957		e-mail:		cot.caruaru@gmail.com	
Dados do Tomador de Serviços											
Razão Social/Nome		JOSIMERE BERNARDINO MARQUES									
CNPJ/CPF		858.738.294-20		Inscrição Municipal				Município		CARUARU - PE	
Endereço e Cep		RUA BARAO DE ITAMARACA, 234 - INDIANÓPOLIS CEP: 55026-005									
Complemento:				Telefone:				e-mail:			
Discriminação dos Serviços											
REFERENTE A HONORÁRIO MEDICO - CIRURGIA											
CIRURGIÃO R\$1.000,00											
INSTRUMENTADOR R\$230,00											
ANESTESISTA R\$800,00											
Código do Serviço / Atividade											
4.03 / 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS											
Detalhamento Específico da Construção Civil											
Código da Obra						Código ART					
Tributos Federais											
PIS				COFINS				IR(R\$)			
INSS(R\$)				CSLL(R\$)							
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$		2.030,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		2.030,00			
(-) Desconto Incondicionado				1-Tributação no município		(-) Deduções permitidas em lei					
(-) Desconto Condicionado				Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado					
(-) Retenções Federais		0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		2.030,00			
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		5,00			
(-) ISS Retido				1 - Sim		ISS a reter:		() Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido R\$		2.030,00		Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$		0,00			
				2-Não							
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.									



		PREFEITURA DE CARUARU SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 8487					
Data e Hora da Emissão		12/11/2019 08:29:03		Competência		12/11/2019		Código de Verificação		585820635	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		CARUARU - PE	
Dados do Prestador de Serviços											
Razão Social/Nome		HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA.									
Nome Fantasia		HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL									
CNPJ/CPF		22.721.288/0001-26		Inscrição Municipal		90602272		Município		CARUARU - PE	
Endereço e Cep		AVENIDA JOSÉ VERÍSSIMO ,752 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-250									
Complemento:				Telefone:		(81)3727-7250		e-mail:		jose505@zipmail.com.br	
Dados do Tomador de Serviços											
Razão Social/Nome		JOSIMERE BERNARDINO MARQUES									
CNPJ/CPF		858.738.294-20		Inscrição Municipal				Município		CARUARU - PE	
Endereço e CEP		RUA BARAO DE ITAMARACA ,234 - INDIANÓPOLIS CEP: 55026-005									
Complemento:				Telefone:				e-mail:			
Discriminação dos Serviços											
REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES PRESTADOS;											
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 166,99											
Código do Serviço / Atividade											
4.03 / 861010101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS											
Detalhamento Específico da Construção Civil											
Código da Obra						Código ART					
Tributos Federais											
PIS				COFINS				IR(R\$)			
								INSS(R\$)			
								CSLL(R\$)			
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$		1.870,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		1.870,00			
(-) Desconto Incondicionado				1-Tributação no município		(-) Deduções permitidas em lei					
(-) Desconto Condicionado				Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado					
(-) Retenções Federais		0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		1.870,00			
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		3,00			
(-) ISS Retido				2 - Não		ISS a reter:				() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$		1.870,00		Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$		56,10			
				2-Não							
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.									





HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CNPJ:22.721.288/0001-26 | CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

RECIBO R\$ 3.500,00

RECEBEMOS DE Joimere Bernardino Marques

A IMPORTÂNCIA DE R\$ 3.500,00

REFERENTE A urgência de Dr. Pablo Thiago
(pacote) em 3x no cartão

CARUARU, 10 DE 10 DE 19

Assinatura



HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CNPJ:22.721.288/0001-26 | CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

RECIBO R\$ 1000,00

RECEBEMOS DE Joimere Bernardino Marques

A IMPORTÂNCIA DE R\$ 1000,00 um mil mais e

REFERENTE A Pct Dr Pablo

CARUARU, 11 DE 10 DE 19

Assinatura



Recibo Contas a Receber

HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL LTDA
CNPJ: 22.721.288/0001-26
AV. JOSE VERISSIMO
CARUARU

R E C I B O

Nº Ctr. 17256
Reg.: 112995

R\$ 75,00

Recebi(emos) do(s) Sr.(s) DIEGO HENRIQUE MARQUES VASCONCELOS a importância supramencionada de 75,00 (SETENTA E CINCO REAIS).
Proveniente de: RX PÉ
003-EXAMES

75,00

Total

75,00

Obs.: RX PÉ

Por ser verdade e para seu documento, firmamos o presente recibo.


CARUARU, 03 de junho de 2019



Assinatura

Usuário - EMANUELEGUIMARAES



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE TRAUMED COMERCIO LTDA. - TRAUMED LTDA RUA NOSSA SENHORA DA SAUDE, 310 - CORDEIRO 50731-020 RECIFE - PE FONE: (81) 3366-3750		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA 1 000.045.239 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 2619 1004 6961 0500 0188 5500 1000 0452 3912 0232 2771 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora								
NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102-VENDA PRODUTOS NO ESTADO			PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 126190059688537 14/10/2019 15:45:25									
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0.287.714-78		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ 04.696.105/0001-88								
DESTINATÁRIO												
NOME / RAZÃO SOCIAL JOSIMERE BERNARDINO MARQUES			CNPJ / CPF 858.738.294-20		DATA DA EMISSÃO 14/10/2019							
ENDEREÇO RUA BARAO DE ITAMARACA, 234			BAIRRO / DISTRITO INDIANOPOLIS		CEP 55026-005							
MUNICÍPIO CARUARU			UF PE	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL							
					HORA DA SAÍDA 15:43:52							
FATURA / DUPLICATA												
045239 DUPLICATA/001 14/10/2019 600,00												
CÁLCULO DO IMPOSTO												
BASE CALC ICMS 0,00		VALOR ICMS 0,00		TOTAL DOS PRODUTOS 600,00								
VALOR FRETE 0,00		VALOR SEGURO 0,00		TOTAL DA NOTA 600,00								
VALOR DESCONTO 0,00		OUTRAS DESP 0,00										
VALOR IPI 0,00		VALOR APROX TRIB 0,00										
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS												
NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA 0-Remetente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC							
ENDEREÇO			MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL							
QUANTIDADE 0	ESPECIE Nenhuma	MARCA Generica	NUMERAÇÃO 0	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO							
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
98	PLACA EM T 3.5MM 03X03F HEX LOTE: HEX25255	90211020	040	5102	PC	1	500,00	500,00	0,00	0,00		0,00
106	PARAFUSO CORTICAL 3.5X16MM HEX LOTE: (2) HEX23941	90211020	040	5102	PC	2	25,00	50,00	0,00	0,00		0,00
107	PARAFUSO CORTICAL 3.5X18MM HEX LOTE: HEX23944	90211020	040	5102	PC	1	25,00	25,00	0,00	0,00		0,00
109	PARAFUSO CORTICAL 3.5X22MM HEX LOTE: HEX19547	90211020	040	5102	PC	1	25,00	25,00	0,00	0,00		0,00
DADOS ADICIONAIS												
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACIENTE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES - PRONTUARIO 6872 MEDICO PABLO TIAGO - HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL - CONVENIO PARTICULAR - PEDIDO 044982 - COMANDA 13004						RESERVADO AO FISCO						
UmNfe NF-e OPEN Source www.unnfe.com.br												
Gerado em 14/10/2019 às 16:21 pelo UmDANFE 3.6.38 Plus www.unidanfe.com.br												
RECEBEMOS DE TRAUMED COMERCIO LTDA. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 14/10/2019 VALOR TOTAL: 600,00 DESTINATÁRIO: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES - RUA BARAO DE ITAMARACA, 234, INDIANOPOLIS, 55026-005- CARUARU-PE												
DATA DO RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR										
		NF-e 000.045.239 SÉRIE 1										



HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA Fone.: MAURÍCIO DE NAS C.G.C....: 00.972.860/0001-97 Pag: 001
 AV JOSÉ VERÍSSIMO Bairro: MAURÍCIO DE NASSAU CEF: 0- Municipio: CARUARU UF.: PE

Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES Idade: 45 anos 15/10/ 973 Empresa: Senha:
 Segurado: Matricula: 449761001 Guia.: Remessa: 10 10/2019
 Convenio: 0031 PARTICULAR HSG Registro: 000006995 Cod.p/Conv: Emissao: 15/10/2019 as 09:17
 Inicio Tratamento.: 10/10/2019 as 18:23 Alta: 11/10/2019 as 09:06 Motivo: Melhorado Permanencia: 1 dia
 Localizacao..Bloco: 3ANDA 3º ANDAR Acomodacao: ENF30 Leito: A
 Procedimento: 30734061 FRATURAS - REDUÇAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE Horario do procedimento: 18:23
 Medico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE Cod. Convenio:
 Tipo de Atendimento: 07 - INTERNAÇÃO

Usuario: SARASILVA

--- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES ---

Codigo	Descricao	Cod. THM Qt UPH	Data	Perc.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
*--- Sala de Cirurgia							
60022990	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, ATÉ 3 HORAS	10	1 10/10/19		1,00	450,000	450,00
60027169	ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM, P10		1 10/10/19		1,00	300,000	300,00
60031760	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE OXÍMETRO, P10		1 10/10/19		1,00	75,000	75,00
Total Sala de Cirurgia ---->>>							825,00
*--- Enfermaria							
60000805	DIÁRIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BAN 30734061	*	1 10/10/19		1,00	220,000	220,00
Total Enfermaria ---->>>							220,00
*--- Bloco Cirurgico-Ortese e Proteses							
60033487	TAXA DE SERVIÇO DE ARMAZENAMENTO, MANIPULAÇÃO, 10		1 10/10/19		1,00	60,000	60,00
Total Bloco Cirurgico-Ortese e Prot							60,00
5 Subtotal Serv.Hosp.->>>							1.105,00

--- MATERIAIS E MEDICAMENTOS ---

Codigo	Descricao	Laborat Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
*--- Materiais Médico Hospitalares - Sala de Cirurgia								
17001534.1	AGULHA P/ANESTESIA 22GA 2" A50 PLEDO STIMUPLE B.BRAUN	11/10 01:08	UNID		10,00%	1,00	224,3430	224,34
17017622.1	CAMPO OPERATORIO TIPO COMPRESSA 25X28CM ETO P NEVE	11/10 01:08	PCT		10,00%	1,00	58,1760	58,18
0234014.7	CATETER NASAL OXIGENIO TP.OCULOS 1,40CM	11/10 01:08	UNID		10,00%	1,00	14,3010	14,30
17851596.3	CATETER VENOSO PERIFERICO PUR DISP.SEGURANCA B.BRAUN	11/10 01:08	UNID		10,00%	1,00	86,1030	86,10
01848.2	COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL	11/10 01:08	PCT		10,00%	3,00	5,2020	15,61
17888.6	CONECTOR COMPLETO C/TAMPA DIALINE	11/10 01:08	UNID		10,00%	1,00	4,0500	4,05
17826781.1	CURATIVO ADESIVO FIXADOR 5X5,7CM P/CATETER 10 LABOR I	11/10 01:08	UNID		10,00%	1,00	10,8000	10,80
0028036.1	EQUIPO MICROGOTAS L15 COMPLETO 25UNID	11/10 01:08	UNID		10,00%	1,00	12,6450	12,65
116969.5	ESCOVA SOL.CLOREXIDINA 2% 22ML	11/10 01:08	UNID			3,00	5,7400	17,22
17022710.1	ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT	11/10 01:08	CM		10,00%	20,00	0,1211	2,42
128792.1	FIO KIRSCHNER 2,00X280MM LISO ACO	11/10 01:08	UNID		10,00%	1,00	33,3000	33,30
0395022.9	FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 3-0 45CM AG.3CM J&J ETH	11/10 01:08	UNID		10,00%	1,00	23,5170	23,52
17036097.9	LAMINA BISTURI EST.NR.24 100UNID.FEATHER	11/10 01:08	UNID		10,00%	1,00	4,8438	4,84
17840770.2	LUVA CIRURGICA EST.LATEX C/PO NR.7,0 MAXITEX (KEVENOL	11/10 01:08	UNID		10,00%	1,00	2,6550	2,66



HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU S/C LTDA Fone.: MAURÍCIO DE NAS C.G.C....: 00.972.860/0001-97 Pag: 002
 Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES Registro: 000006995 Guia.: Senha:
 Usuario: SARASILVA

17840770.2	LUVA CIRURGICA EST.LATEX C/PO NR.7,5-MAXITEX	KEVENOL	11/10/01:08	UNID	-10,00%	2,00	2,6550	5,31
125805.7	MANGUEIRA P/CONEXAO TANDEM	CSE	11/10/01:08	UNID	-10,00%	1,00	33,0750	33,08
127386.0	SERINGA 05ML C/AG.BICO LOCK 25X7MM	INJEX	11/10/01:08	UNID	-10,00%	1,00	2,0250	2,03
115781.3	SERINGA DESC.10ML BICO SLIP C/AG.25X7MM	DESCARP	11/10/01:08	UNID	-10,00%	1,00	2,7000	2,70
115781.4	SERINGA DESC.20ML BICO SLIP C/AG.25X7MM	DESCARP	11/10/01:08	UNID	-10,00%	2,00	4,7700	9,54

Total de Materiais Médico Hospitalares Sala d 562,65

Desconto de materiais ---->> 0,00

Acrescimo de materiais ----> 0,00

Total apos acres/desc concedido ->> 562,65

*--- Medicamentos - Sala de Cirurgia

Codigo	Descricao	Laborat	Data	Hora	Unid.	Perc.	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
19016702.3	CEFAZOLINA SODICA - GENERICO 1 g po inj. + so	NOVAFAR	11/10/01:08	FRS/AM			1,00	10,7242	10,72
19006554.9	CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m	EQUIPLE	11/10/01:08	FRS			2,00	5,8258	11,65
19004710.9	NAUSEDRON 4 mg 50 amps. x 2 ml	CRISTAL	11/10/01:08	AMP			1,00	27,5396	27,54
19030393.8	RINGER COM LACTATO - SISTEMA FECHADO 500 ml	FARMACE	11/10/01:08	FRS			2,00	6,9000	13,80
19004859.8	XYLESTESIN + EPINEFRINA 2% C/V 10 etj. 20 ml	CRISTAL	11/10/01:08	ML			20,00	0,6566	13,13
19025758.8	XYLESTESIN 2% S/V 10 fr. 20 ml	CRISTAL	11/10/01:08	ML			20,00	0,5009	10,02

Total de Medicamentos Sala de Cirurgia 86,86

Desconto de medicamentos ->> 0,00

Acrescimo de medicamentos -> 0,00

Total apos acres/desc concedido ->> 86,86

*--- Materiais Médico Hospitalares - Enfermaria

116220.5	AGULHA HIPODERMICA 25X0,7MM C/SIST.SEGURANCA	SMITHS	10/10/23:35	UNID	-10,00%	4,00	5,3460	21,38
116220.5	AGULHA HIPODERMICA 25X0,7MM C/SIST.SEGURANCA	SMITHS	10/10/23:45	UNID	-10,00%	1,00	5,3460	5,35
17003436.2	ATADURA CREPOM CYSNE 10CMX1,8MT(REPOUSO)12UNI	CREMER	11/10/08:13	UNID	-10,00%	1,00	5,4735	5,47
101848.2	COMPRESSA GAZE NIDIA 11FIOS 7,5X7,5CM ESTERIL		11/10/08:13	PCT	-10,00%	2,00	5,2020	10,40
10028086.1	EQUIPO MICROGOTAS L15 COMPLETO 25UNID	LABOR I	10/10/23:35	UNID	-10,00%	1,00	12,6450	12,65
17821593.5	LUVA P/PROCEDIMENTO EST.SANRO AMBI MED.(PAR)	LATEX S	11/10/08:03	UNID	-10,00%	1,00	1,1700	1,17
117503.6	SERINGA 10ML LUER LOCK	SR	10/10/23:35	UNID	-10,00%	3,00	2,5020	7,51
107427.2	SERINGA 3ML S/AG.DESC.	INJEX	10/10/23:35	UNID	-10,00%	1,00	1,3500	1,35
107427.3	SERINGA 5ML S/AG.DESC.	INJEX	10/10/23:45	UNID	-10,00%	1,00	1,6110	1,61

Total de Materiais Médico Hospitalares Enferm 66,89

Desconto de materiais ---->> 0,00

Acrescimo de materiais ----> 0,00

Total apos acres/desc concedido ->> 66,89

*--- Medicamentos - Enfermaria

19007208.1	AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast.	FARMACE	10/10/23:35	AMP			3,00	0,6092	1,83
19007208.1	AGUA PARA INJECAO 10 ml cx. 200 amp. plast.	FARMACE	10/10/23:45	AMP			1,00	0,6092	0,61
19040435.1	CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5	TEUTO B	10/10/23:35	FRS/AM			1,00	7,5918	7,59
19040435.1	CEFALOTINA - GENERICO 1 g. po sol. inj. cx. 5	TEUTO B	10/10/23:40	FRS/AM			1,00	7,5918	7,59
19007237.5	CLORETO DE SODIO - SISTEMA FECHADO 0,9% 100 m	FARMACE	10/10/23:05	FRS			1,00	5,8522	5,85
19006554.9	CLORETO DE SODIO 0,9% - SISTEMA FECHADO 500 m	EQUIPLE	10/10/23:35	FRS			2,00	5,8258	11,65
19020757.2	CLORIDRATO DE TRAMADOL - GENERICO 50 mg/ml sol	UNIAO Q	10/10/23:35	AMP			1,00	6,7956	6,80
19009692.4	DIPIRONA SODICA - GENERICO 500 mg/ml. sol. in	HIPOLAB	10/10/23:35	AMP			1,00	1,4229	1,42



HOSPITAL MEMORIAL DE CARUARU - S/C LTDA		Fone.: MAURÍCIO DE NAS	C.G.C....: 00.972.860/0001-97	Pag: 003
Paciente: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES		Registro: 000006995 Gu.a.:	Senha:	
		Usuario: SARASILVA		

9007127.1	TENOXICAM - GENERICO 20 mg. 50 FA + dil. 2 ml EUROFAR 10/10 23:45 FRS/AM	1,00	7,4376	7,44
Total de Medicamentos Enfermaria				50,78
Desconto de medicamentos ->>				0,00
Acrescimo de medicamentos ->				0,00
Total apos acres/desc concedido ->>				50,78
Total Geral Materiais ---->>>				629,54
Total Geral Medicamentos ---->>>				137,64
Total Mat / Med ----->>>				767,18

Total de Diarias e Taxas ->	1.105,00
Total de Materiais ----->>>	629,54
Total de Medicamentos -->>>	137,64
Total de Mat./Med. ----->>>	767,18
Total de Serv. Hosp. ---->>>	1.872,18
Total Geral da Conta ---->>>	1.872,18



Recibo

Nº

R\$

360,00

Recebido do(s) Sr.(s) Joimere Bernadino Marques

Endereço

a importância supra de R\$ 360,00 (Trezentos e sessenta reais)

referente a 12 sessões de fisioterapia

pelo que para maior clareza firmo o presente.

EMITENTE

Kethellyn Leandra Bezerra da Silva

ENDEREÇO

Av. Monte Carmo, 265

CNPJ / CPF / RG

053.230.904-99

LOCAL E DATA

Camamu, 29 de novembro de 2019

GRAFSET

OBSERVAÇÕES

Kethellyn L. Bezerra da Silva

Fisioterapeuta

CREFITO: 166185-F

ASSINATURA

Recibo

Nº

R\$

360,00

Recebido do(s) Sr.(s) Joimere Bernadino Marques

Endereço

a importância supra de R\$ 360,00 (Trezentos e sessenta reais)

referente a 12 sessões de fisioterapia

pelo que para maior clareza firmo o presente.

EMITENTE

Kethellyn Leandra Bezerra da Silva

ENDEREÇO

Av. Monte Carmo, 265

CNPJ / CPF / RG

053.230.904-99

LOCAL E DATA

Camamu, 27 de dezembro de 2019

GRAFSET

OBSERVAÇÕES

Kethellyn L. Bezerra da Silva

Fisioterapeuta

CREFITO: 166185-F

ASSINATURA

Recibo

Nº

R\$

360,00

Recebido do(s) Sr.(s) Joimere Bernadino Marques

Endereço

a importância supra de R\$ 360,00 (Trezentos e sessenta reais)

referente a 12 sessões de fisioterapia

pelo que para maior clareza firmo o presente.

EMITENTE

Kethellyn Leandra Bezerra da Silva

ENDEREÇO

Av. Monte Carmo, 265

CNPJ / CPF / RG

053.230.904-99

LOCAL E DATA

Camamu, 30 de janeiro de 2020

OBSERVAÇÕES

Kethellyn L. Bezerra da Silva

Fisioterapeuta

CREFITO: 166185-F

ASSINATURA



HOSPITAL MEMORIAL



LAUDO MÉDICO :

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO, NO DIA 10-10-2019. NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, PORÉM DESENVOLVEU EM FRAQUEZA MUSCULAR COM DIMINUIÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA. NECESSITA DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO INTENSIVO.

APRESENTA SEQUELA PERMANENTE COM GRAU DE INCAPACIDADE DE 30%.

CID: T92.2

Dr. Pablo T. C. de Albuquerque
MÉDICO
CRM 15.172
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
02/03/2020

Av. José Veríssimo, 752 - Mauricio de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE



HOSPITAL MEMORIAL



LAUDO MÉDICO :

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO, NO DIA 10-10-2019. NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, PORÉM DESENVOLVEU FRAQUEZA MUSCULAR COM DIMINUIÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA. NECESSITA DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO INTENSIVO, POR TEMPO INDETERMINADO.

APRESENTA SEQUELA (INVALIDEZ) PERMANENTE COM GRAU DE INCAPACIDADE DE 30%.

CID: T92.2

Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CRM 15.172

06/04/2020

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE



LAUDO MÉDICO :

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO. NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, PORÉM DESENVOLVEU FRAQUEZA MUSCULAR COM DIMINUIÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA. NECESSITA DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO INTENSIVO, POR TEMPO INDETERMINADO.

APRESENTA SEQUELA (INVALIDEZ) PERMANENTE COM GRAU DE INCAPACIDADE DE 30%.

CID: T92.2

Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
MEMBRO SBCOT / ABRASSO
ORTO - TRAUMA
CREMEPE 18.172
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
22/06/2020

Av. José Veríssimo, 752 - Mauricio de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

Digitizado com



LAUDO MÉDICO :

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSIMERE BERNARDINO MARQUES FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO. NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA, PORÉM DESENVOLVEU FRAQUEZA MUSCULAR COM DIMINUIÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA. NECESSITA DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO INTENSIVO, POR TEMPO INDETERMINADO.

APRESENTA SEQUELA (INVALIDEZ) PERMANENTE COM GRAU DE INCAPACIDADE DE 30%.

CID: T92.2

DR. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
MEMBRO SBTOC / ABRASSO
ORTO - TRAUMA
CRM PE 15.172
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
14/09/2020

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE





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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190655391

Vítima: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

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.

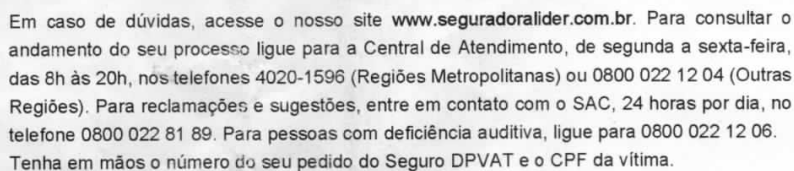
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

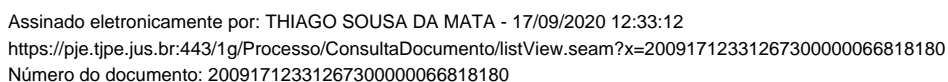
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





100





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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200106727

Vítima: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Para que haja cobertura pelo Seguro DPVAT, é necessário que se comprove que o dano pessoal decorreu de acidente de trânsito causado por veículo automotor de via terrestre, ou por sua carga. Foi verificado que o veículo automotor não foi o efetivo causador dos danos pessoais, razão pela qual o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106734

Vítima: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Data do Acidente: 10/10/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Para que haja cobertura pelo Seguro DPVAT, é necessário que se comprove que o dano pessoal decorreu de acidente de trânsito causado por veículo automotor de via terrestre, ou por sua carga. Foi verificado que o veículo automotor não foi o efetivo causador dos danos pessoais, razão pela qual o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Histórico de Créditos

Página 1 de 1

03/08/2020 22:06:12

Identificação do Filiado

NIT: 125.31692.00-4

CPF: 858.738.294-20

Data de Nascimento: 15/10/1973

Nome: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

Nome da mãe: ADELIA BERNARDINA MARQUES

Compet. Inicial: 07/2020

Compet. Final: 08/2020

Créditos do Benefício

NB: 7068351132

Espécie: 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

APS: 15021060 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CARUARU

Data de Início do Benefício (DIB): 23/07/2020

Data de Cessação do Benefício (DCB): 21/08/2020

Data de Início do Pagamento (DIP): 23/07/2020

MR: R\$ 1.045,00

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
07/2020	23/07/2020 a 31/07/2020	R\$ 1.045,00	CMG - CARTAO MAGNETICO		11/08/2020		Não	Não

Banco: 104 - CAIXA OP: 780274 - NORTH SHOPPING CARUARU Ocorrência: Crédito não retornado

Data Cálculo: 25/07/2020 Origem: Concessão Validade Início: 11/08/2020 Fim: 30/09/2020

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	R\$ 1.045,00



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/aberto/autenticidade>
com o código 200803584KRD88

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



MERITÍSSIMO JUÍZO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARUARU – PERNAMBUCO.

Proc. nº 0005609-47.2020.8.17.2480

JOSIMERE BERNARDINO MARQUES, já devidamente qualificada no processo em epígrafe, através de seus advogados, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, apresentar **EMENDA À EXORDIAL**, a fim de informar que **NÃO TEM INTERESSE NA DESIGNAÇÃO DE AUDIÊNCIA PRÉVIA DE CONCILIAÇÃO**, nos termos do art. 319, VII, do CPC/2015, tendo em vista a dificuldade técnica verificada neste período que estamos vivenciando de pandemia, bem como por não ter surtido efeito satisfatório a feitura de audiência de conciliação em casos correlatos.

Por fim, reitera-se os fatos, fundamentos e demais pedidos da inicial, requerendo o devido prosseguimento do feito.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Caruaru-PE, 18 de setembro de 2020.

Thiago Sousa da Mata
Advogado - OAB/PE – 34.924





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

3ª Vara Cível da Comarca de Caruaru

AV JOSÉ FLORÊNCIO FILHO, MAURÍCIO DE NASSAU, CARUARU - PE - CEP: 55014-837 - F:(81) 37257400

Processo nº **0005609-47.2020.8.17.2480**

AUTOR: JOSIMERE BERNARDINO MARQUES

REU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA

DESPACHO

Inicialmente, diante da declaração de hipossuficiência financeira da parte autora, defiro o pedido de gratuidade judiciária, na forma do art. 4º da Lei 1.060/50 e 98 do CPC.

Em razão da alarmante pandemia causada pelo Coronavírus, o que levou o Poder Judiciário Estadual a adotar uma série de medidas protetivas para conter a propagação do mesmo – dentre elas a suspensão de audiências (Ato n.º 1027/2020-TJPE e Portaria n.º 20/2020, do Diretor do Foro) – deixo de designar audiência de conciliação.

Assim, cite-se a parte ré para, querendo, contestar a presente ação, no prazo legal de 15 dias, contados a partir da juntada aos autos do Aviso de Recebimento referente à carta de citação ou da juntada do mandado de citação devidamente cumprido aos autos, em conformidade com o artigo 335, inciso III do CPC, sob pena de revelia.



Com a apresentação de contestação pela ré, havendo questões preliminares ou sendo alegadas quaisquer das matérias constantes no artigo 337 do CPC, intime-se a parte autora para apresentação de réplica no prazo legal de 15 dias, em conformidade com o artigo 351 do CPC. Caso contrário, fica dispensada a intimação da parte autora para réplica.

Em caso de dispensa da réplica, ou após o decurso do prazo para sua apresentação, suspenda-se o processo pelo prazo de 90 dias, a fim de aguardar a próxima designação de Mutirão de Perícias e Conciliações em processos de cobrança de seguro DPVAT.

Cumpra-se de ordem o que for possível.

Caruaru, 18 de setembro de 2020.

Maria Magdala Sette de Barros

Juíza de Direito

