



Número: **0025388-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **02/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SEVERINO LOPES LEITE (AUTOR)</b>	<b>JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
62888 571	02/06/2020 17:20	<a href="#">Petição Inicial</a>
62888 578	02/06/2020 17:20	<a href="#">SEVERINO LOPES LEITE PROC+RG+COMP RES (1)</a>
62888 579	02/06/2020 17:20	<a href="#">SEVERINO LOPES LEITE FICHA ENTRADA HJMO + PRONT HDHC I (1)</a>
62890 498	02/06/2020 17:20	<a href="#">SEVERINO LOPES LEITE PRONT HDHC II (1)</a>
62890 501	02/06/2020 17:20	<a href="#">SEVERINO LOPES LEITE B.O+ COMP. DE PAGAMENTO</a>
62914 707	03/06/2020 12:16	<a href="#">Despacho</a>
65891 245	06/08/2020 10:32	<a href="#">Citação</a>
65891 246	06/08/2020 10:32	<a href="#">Intimação</a>
71055 574	16/11/2020 12:17	<a href="#">Certidão</a>
71055 579	16/11/2020 12:17	<a href="#">25388-67.2020 TOKIO MARINE 31A</a>

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE-PE.**

**SEVERINO LOPES LEITE**, brasileiro, casado, mototaxista, portador da Cédula de Identidade com RG 5.775.757, expedida pelo SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 031.171.414-56, residente e domiciliado na Alto José Leite, nº 43, Livramento, Vitória de Santo Antão/PE, CEP 55602-520, vem através de sua advogada e bastante procuradora infra-assinada, qualificada e constituída conforme Instrumento Procuratório em anexo (Doc. 01), com escritório profissional sito à Avenida Fagundes Varela, nº 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, CEP: 53140-080, onde normalmente recebem notificações e intimações de estilo, vem, mui respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, para propor:

**AÇÃO REIVINDICATÓRIA COMPLEMENTAR DE COBERTURA SECURITÁRIA – DPVAT.**

Com fulcro no Código Civil, CTR e nas Leis Federais de nº 6194/74, 8441/92, 11.482/07, art. 8º e 11.945/09, em face de **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**, com CNPJ **33.164.021/0001-00**, com sede no Condomínio Rio Mar Trade Center, Avenida República do Líbano, sala 1001, torre 2, Pina, Recife-PE, consoante os fatos e fundamentos jurídicos a seguir expostos:

**PRELIMINARES:**

**DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA**

Necessário esclarecer a esse juízo, que o Autor possui real necessidade de ser beneficiário da **JUSTIÇA GRATUITA**, conforme declaração de pobreza acostado nos autos, posto que, é vítima de acidente de trânsito, e tem suportado enormes prejuízos de ordem financeira, em virtude das lesões e seqüelas resultantes da colisão, logo, afirma que não possui condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sucumbências sem prejuízo do sustento próprio bem como o de sua família, razão pela qual faz jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos da Lei 1.060/50.

**DO CONVÊNIO ENTRE A SEGURADORAS DO CONSÓRCIOS DPVAT E TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO:**

A Seguradora Líder, responsável pelo pagamento das indenizações do Seguro DPVAT, realizou convênio com o Tribunal de Justiça de Pernambuco, com a finalidade de custear os honorários dos peritos, indicado e nomeados por Vossa Excelência, conforme Ofício nº. 0005/2015 e Ofício DPVAT/JUR nº. 583/2015.

É de ciência de todos que ocorre trimestralmente Mutirões nas Ações de Seguro DPVAT, as audiências de conciliações são realizadas concomitantemente com as perícias médicas, em que os peritos judiciais graduam a debilidade dos autores e diante destas perícias as partes conciliam quando tem alguma diferença a receber, constata na referida perícia.

A partir do segundo semestre do ano de 2015, inspirados no exemplo das audiências realizadas no Mutirão de DPVAT, e respaldados no Convênio entre a Seguradora Líder e o Tribunal, alguns magistrados passaram a realizar audiências de conciliação e concomitantemente, durante a seção, um perito nomeado pelo Juízo realiza o exame na parte autora a fim de constar a graduação da debilidade ocasionada pelo acidente.



Constatada a graduação da invalidez, durante a própria audiência, a parte Ré, apresenta proposta de acordo, baseada no laudo e na tabela de gradação elaborada pela Lei nº 11.945/2009.

Como a prova pericial, nestes tipos de ações, é imprescindível para a solução da lide, e seguindo o que prevê o novo código de processo civil em seu artigo 319, inciso VII, vem o AUTOR **declarar que não tem interesse, neste primeiro momento, em participar da Audiência de Conciliação e Mediação**, tendo em vista que se faz necessário a realização da perícia médica para atestar e graduar a debilidade da parte autora em decorrência acidente de trânsito em questão.

**Diante do exposto, requer a nomeação do perito judicial, em conformidade com Ofício DPVAT/JUR nº. 014/2017 e posteriormente uma possível composição amigável.**

## I. **DOS FATOS:**

O Autor é segurado pertinente ao seguro obrigatório (DPVAT), posto que o mesmo foi vítima de acidente de trânsito no dia 13/10/2019 e teve como consequência **debilidade permanente do membro inferior esquerdo**.

O aviso de sinistro foi protocolizado, depois que toda a documentação exigida foi entregue a prestadora de serviço do Consórcio Líder Seguradora, sendo que esta entidade indicou a empresa Ré para efetivar a cobertura, pois a mesma é partícipe do convênio DPVAT.

A empresa seguradora, ora Ré, registrou o sinistro, para logo após, que recebida à documentação exigida para cobertura foi entregue pela representante do Autor, vindo a receber pela **debilidade permanente do membro inferior esquerdo**, o valor de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Ocorre que o Autor recebeu a menor, pois a quantia certa para cobertura no caso de invalidez permanente na região da face e no membro inferior esquerdo, segundo legislação regulamentadora da matéria é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), e como a debilidade foi na região acima citada, conforme Relatório Médico para Avaliação de Invalidez Permanente em anexo, ou seja, invalidez total e em dois membros, portanto o valor correto que o Autor deveria ter recebido, em conformidade com a lei era de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

## II. **DO DIREITO:**

A finalidade principal do seguro em tela é estabelecer a garantia de uma indenização mínima. O pagamento resulta do simples evento danoso, tendo por base a responsabilidade objetiva das seguradoras que formam o consórcio DPVAT pelos danos pessoais que venham a causar às vítimas de trânsito, independente da apuração da culpa. Essa garantia, no caso de invalidez permanente, é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), determinado pelo Art. 8º da Lei nº. 11.482/07 e Lei nº. 11.945/09, que ampara a pretensão da presente ação, in verbis:

Art. 8º - Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei no 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:  
"Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º



desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

- a) (revogada);
- b) (revogada);
- c) (revogada);

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

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

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." (NR).

Para o recebimento da indenização por invalidez permanente prevista no Seguro DPVAT o postulante deverá apresentar documentos capazes de demonstrar o fato, o dano dele resultante e sua qualidade de beneficiário. Essa é a exigência do art. 5º, § 1º, letra "b", da Lei nº 6.194/74:

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

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos: (Parágrafo alterado pela Lei 8441/91) (...)

b) prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente no caso de danos pessoais;

**Referente à invalidez permanente do Autor, os laudos apresentados e anexados pelo Autor na presente lide aponta sem titubeios que o Autor tornou-se portador, em razão do acidente, de debilidade permanente do membro inferior esquerdo, seqüelas de caráter definitivo e irreversível.**

No entanto, conforme mencionado anteriormente, a empresa seguradora pagou a indenização a menor, pois a quantia certa para cobertura de invalidez permanente, conforme legislação regulamentadora da matéria é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), pois a debilidade foi no **membro inferior esquerdo**, conforme Relatório Médico para Avaliação de Invalidez Permanente em anexo, porém a quantia paga foi baseada no valor determinado pela SUSEP (SUPERITENDÊNCIA NACIONAL DOS SEGUROS PRIVADOS) e fixado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), contrariando as leis federais acima mencionadas.

Logo, o Art. 8º da Lei de nº 11.482/07, em que revogou o art. 3º da Lei 6.174/74, que determina o patamar de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) não ocorrendo qualquer incompatibilidade entre aquele comando legal e as normas inseridas nas leis posteriores. Ficando, claro que a revogação do referido artigo não modifica o entendimento que a tabela determinada pelo CNSP (CÔNSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS), não possui qualquer respaldo legal, e sim, a regulada pela Lei nº. 11.945/09.

O quadro abaixo ilustra ainda mais o disparate da situação:

Valor legal	Valor pago pela recorrida	Diferença (valor legal – valor recebido)
R\$ 13.500,00	R\$ 843,75	R\$ 12.656,25

Segue jurisprudência do 1º Colégio Recursal de Pernambuco:



**EMENTA: RECURSO INOMINADO. EXTINÇÃO PROCESSUAL EM RAZÃO DA NECESSIDADE DE PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL. PAGAMENTO REALIZADO A MENOR. TABELA QUE PREVE PAGAMENTO DE 70% DO TETO MÁXIMO. DIFERENÇA A SER PAGA. SENTENÇA REFORMADA.. RECURSO PROVIDO.** Insurge-se o recorrente contra a sentença (fls. 53/55), que julgou extinto o processo sem resolução de mérito em razão da necessidade de produção de prova pericial por absoluta ausência de laudo oficial do IML. Em suas razões (fls. 57/60), em suma, aduz que tendo em vista ter sido pago indenização a menor no valor de R\$ 2.040,49, quando deveria ser baseado no valor de R\$ 13.500,00 x 70%, o que equivaleria a R\$ 9.450,00, pois este percentual equivale a debilidade permanente de um dos membros superiores. Ressalta que no caso em exame não se discute perda da função, inutilizarão de membro ou invalidez permanente. Ressalta que os laudos acostados são firmes em afirmar que o recorrente tornou-se portador de debilidade permanente do membro superior direito. Enfim, pede seja reformada a sentença para pagar-lhes a diferença correspondente a R\$ 7.045,51 (sete mil e quarenta e cinco reais e cinqüenta e um centavos). Em suas contra-razões (fls. 66/68), em síntese, pugna pela manutenção da sentença desafiada. É o relatório. Com efeito, o recorrente teria direito ao percentual de 70% sobre o valor de R\$ 13.500,00 se tivesse, ao mínimo, acostado aos autos o laudo traumatológico produzido pelo IML, mas não o fez, preferindo acostar fichas de atendimentos realizados em outros municípios, de forma que sem o laudo confeccionado pelo IML outra não é o caminho que não a extinção do processo sem resolução de mérito pela complexidade da causa. Houve o reconhecimento, por parte da seguradora, da invalidez do autor, e além disso, a própria seguradora na audiência reconheceu a invalidez, de forma que considerando a tabela acostada às fls. 36, o percentual de perda é de 70%, devendo ser paga a recorrente a diferença correspondente a R\$ 7.045,51, tendo em vista já ter recebido a quantia de R\$ 2.404,49. E a tabela, para estes casos, prevê o percentual de 70%, que incidirá sobre o valor de R\$ 13.500,00. Faz jus, o autor, a receber a diferença pleiteada. Dou provimento ao recurso, julgando procedente o pleito do autor, condenando a recorrida a pagá-lo a quantia de R\$ 7.045,51, devidamente corrigida pela Tabela ENCOGE, a partir do ajuizamento desta, e juros de 1% ao mês, a partir da citação. É como voto. ACÓRDÃO: Realizado o julgamento do recurso inominado, onde são partes, como recorrente: JABSON ALEXANDRE CORREIA DE AMORIM, e como recorridos: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT, em 08 de junho de 2011, a 1a. Turma do I Colégio Recursal dos Juizados Especiais Cíveis, composta pelos Juízes de Direito Dr. AUZIÉNIO DE CARVALHO CAVALCANTI, Dr. ROBERTO CARNEIRO PEDROSA e Dr. NILDO NERY DOS SANTOS FILHO, sob a presidência do primeiro, proferiu a seguinte decisão: vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Juízes componentes da 1a Turma Julgadora do I Colégio Recursal dos Juizados Especiais Cíveis, na conformidade da Ata de Julgamento, a unanimidade, em dar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator. Publicado nesta sessão, ficam as partes de logo intimadas. Recife, Sala das Sessões, 08 de junho de 2011. (1ª Turma do 1º CRC/PE, Recurso nº. 02422/2011, Relator Roberto Carneiro Pedrosa, j. 08/06/2011).

**EMENTA: RECURSO INOMINADO. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). DEBILIDADE PERMANENTE. EXTINÇÃO DO PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO. PRELIMINAR DE COMPLEXIDADE AFASTADA. INDENIZAÇÃO FIXADA POR LEI EM R\$ 13.500,00. PERCENTUAL DE 70% RECONHECIDO. DIFERENÇA DEVIDA. POSSIBILIDADE. RECURSO PROVIDO.** (1ª Turma do 1º CRC/PE, Recurso nº. 02107/2011, Relator Auziênio de Carvalho Cavalcanti, j. 08/06/2011).

O seguro obrigatório – ao contrário dos demais contratos desta natureza – é regulamentado por legislação específica, sendo a indenização tarifada e insuscetível de transação. Correto, então, afirmar que as partes não podem deliberar sobre os valores especificados em lei. A rigidez da norma legal, pela especificidade do seguro em análise, tem por objetivo a proteção da parte mais fraca da relação contratual, no caso o segurado. Portanto, no caso de seguro de responsabilidade civil obrigatório, a quitação dada pelo segurado, relativa a valor inferior ao fixado na lei, não exclui seu direito à diferença.

É de se destacar, por imperioso, que o recibo de quitação outorgado pelo Autor em face da empresa Ré foi lavrado em termos genéricos, não podendo liberar o devedor, notadamente em razão do valor indenizatório estar estabelecido por lei, como é o caso presente, como já decidiu inclusive a N. 10ª Câmara do E. 1º TACSP, nos autos da Apelação 719.238-7, cuja ementa a seguir transcrevemos:

“SEGURO OBRIGATÓRIO – RESPONSABILIDADE CIVIL – ACIDENTE DE TRÂNSITO – FIXAÇÃO DO



VALOR IMPOSTO POR LEI NÃO PODENDO SER OBJETO DE TRANSAÇÃO ENTRE AS PARTES – PROTEÇÃO DO SEGURADO QUE É A PARTE MAIS FRACA NO CONTRATO – INVALIDADE DA QUITAÇÃO POR VALOR MENOR QUE O DA INDENIZAÇÃO POR FORÇA DE TAL PRINCÍPIO – DETERMINAÇÃO DA SENTENÇA PARA QUE A SEGURADORA PAGUE O RESTANTE DA INDENIZAÇÃO A DESPEITO DE TER OBTIDO A QUITAÇÃO – COBRANÇA PROCEDENTE – RECURSO IMPROVIDO.

#### ACÓRDÃO

SEGURO OBRIGATÓRIO POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO – Valor fixado é imposto por lei e não pode ser objeto de transação entre as partes. Norma visa proteger o segurado que é a parte mais fraca do contrato. Quitoada dada por valor menor que o da indenização não tem validade por força de tal princípio – Correta a determinação contida na sentença que a seguradora pague o restante da indenização a despeito de ter obtido a quitação. **Apelação desprovida”.**

Logo, o valor que deveria ser pago era de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) pela **debilidade permanente do membro inferior esquerdo.**

Portanto, diante do exposto, a indenização a que faz jus é aquela em que prevê a Lei regulamentadora do Seguro DPVAT.

Vê-se, portanto, que o Autor recebeu a quantia inferior àquela que legalmente lhe era devida. Essa postura constitui evidente afronta aos ditames normativos e não deve prosperar, mormente o entendimento jurisprudencial a pouco externado, de tal sorte que agora deve receber a diferença à época não paga.

Com isso, torna-se notório seu direito de receber a importância de R\$ 12.656,25 (doze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos) correspondente à diferença que a empresa Ré indevidamente deixou de lhe pagar, referente à **debilidade permanente do membro inferior esquerdo.**

#### III. **DO REQUERIMENTO:**

EX POSITIS, requer:

I- Que seja concedido a parte autora o pedido da **JUSTIÇA GRATUITA**, nos termos da Lei nº 1.060/50;

II- **Que o autor declara que não tem interesse na conciliação (art. 319, VII do CPC/15);**

III- **Que seja deferido o pedido da segunda preliminar para nomeação de perito, para atestar e graduar a debilidade da parte autora, bem como as debilidades que forem atestadas no ato da realização da perícia médica judicial em decorrência do acidente, conforme Convênio firmado entre Seguradoras do Consórcio DPVAT e Tribunal de Justiça de Pernambuco (Ofício DPVAT/JUR nº. 014/2017);**

IV- A citação da empresa Ré, para responder nos termos desta ação, sob pena de revelia, devendo a mesma ser condenada ao final a pagar o complemento de cobertura securitária título do seguro obrigatório DPVAT na quantia pecuniária apontada como valor da causa, desde data do prejuízo até o efetivo pagamento, acrescido de juros, correção monetária, honorários advocatícios e demais correspondentes do ônus sucumbência sobre o total apurado;

V- Por provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, tais como oitiva de testemunhas, provas periciais, documentais e as que se fizerem necessárias para o bem da verdade.



**IV. VALOR DA CAUSA:**

Atribui-se a causa o valor de R\$ 12.656,25 (doze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos).

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Recife,  
02 de Junho de 2020.

---

Juliana Magalhães  
OAB/PE nº. 22.820



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Séverino Lopes Leite, brasileiro casado, medico, RG 5.775.757, SDS/PE, CPF 031.171.914-56, residente e domiciliado na Rua Alho José Leite, 43, casa, bairroamento Vitória de Santo Antônio - PE, CEP 55.602-520.

**OUTORGADO:** JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm\_adv08@hotmail.com.

### P O D E R E S

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula “ad judicia”, conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 09 de março de 2020.

Séverino Lopes Leite  
Outorgante



## **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

EU, Seserino Lopes Leite, brasileiro, casado, mototaxista, RG 5.745.751, SDS-PE, CPF 031.111.414-56, residente na Rua Alto José Leite, 43, l  
oracamento, Vitória de Santo Antão. Declaro para os devidos fins de direito que  
PE, CEP 55.602-520. me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

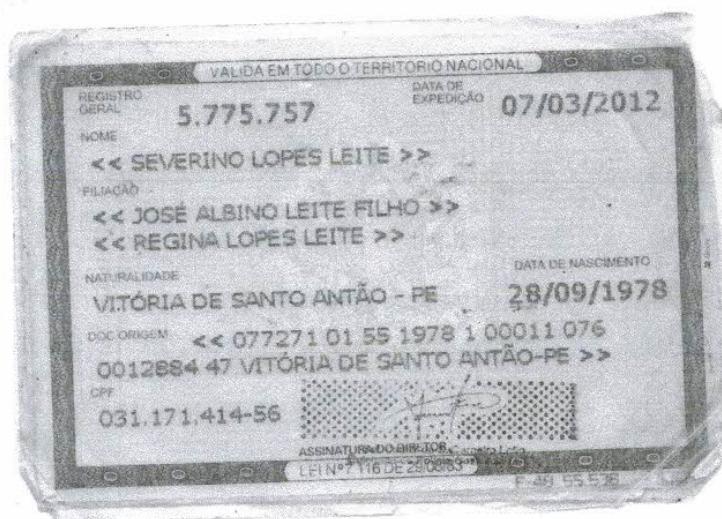
Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE, 09 de maio de 2010.

Seserino Lopes Leite  
Assinatura





Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 02/06/2020 17:20:10  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060217201042000000061746742>  
Número do documento: 20060217201042000000061746742

Num. 62888578 - Pág. 3

<b>PARA USO DOS CORREIOS</b> <input type="checkbox"/> 01 - MUDO-SÉ <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE N.º INDICADO <input type="checkbox"/> 04 - FALCIDO <input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO <input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE <input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO <input type="checkbox"/> 09 - OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 10 - ENDERECO CONFUSO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 11 - FALTA COMPLEMNETO (COLLETIV / GU) <input type="checkbox"/> 12 - CAIXA POSTAL CANCELADA <input type="checkbox"/> 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA	
Matrícula: _____ _____ _____	_____ _____ _____
Reintegrado ao serviço Postal em: _____ _____ _____	
Rubrica do responsável: _____ _____ _____	



CTC RECIFE PE PL4

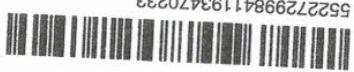


SEVERINO LOPES LEITE  
RUA ALTO JOSE LEITE 43-CASA - LIVRAMENTO  
VITORIA DE SANTO ANTAO - PE  
55602-520



\* 721319506976542000000109530191219  
Data Postagem: 191219

55227299841193470233



SÃO PAULO - SP

CEP: 01156-970

CAIXA POSTAL: 70.540

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO -

CNPJ: 28.196.889/0001-43



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 02/06/2020 17:20:10  
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006021720104200000061746742>  
 Número do documento: 2006021720104200000061746742

Num. 62888578 - Pág. 4



Hospital dos  
Coronários

**Nome:** SEVERINO LOPES LEITE  
**Dt. Nasc.:** 28/09/78 - 41 ano (s)  
**Mãe:** REGINA LOPES LEITE

**Nº registro:** 653060  
**Sexo:** Masculino  
**Fone:** 8185444569

**Endereço:** R JOSÉ LEITE, nº 43, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE  
**Data/hora:** 13/10/2019 - 12:03  
**Setor:** Leito:

**Nº pág.:** 1/1

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**ANAMNESE:**  
- Hipertensão

**Moto - S**

**ALERGIA: NEGA**

**QUEIXA PRINCIPAL:**

PACIENTE REFERE, NO MOMENTO, DOR E EDEMA NO JOELHO ESQUERDO APÓS QUEDA DA MOTO OCORRIDA ONTEM.

**EXAME FÍSICO:**

Pa: 140 X 100 mmHg      Temp: °C      HGT: mg/dL  
Peso: Kg      Altura: m      SP O<sub>2</sub>: %

Observação:

Classificação de Risco:      NÃO URGENTE - VERDE  
Encaminhado para:      CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA  
Especialidade:      TRAUMATOLOGIA

COREN: 444406  
Enf. ISABELLA JOYCE SILVA DE ALMEIDA

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE  
Contato: (81) 3526-8833



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 02/06/2020 17:20:10  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060217201050900000061746743>  
Número do documento: 20060217201050900000061746743

Num. 62888579 - Pág. 1



1. Descrição do ato  
Exame de rotina

**Nome:** SEVERINO LOPES LEITE  
Dt. Nasc.: 28/09/78 - 41 ano (s)  
Mãe: REGINA LOPES LEITE

**Nº registro:** 653060  
Sexo: Masculino  
Fone: 8185444569

Endereço: R JOSÉ LEITE, nº 43, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE  
Data/hora: 13/10/2019 - 12:09  
Setor: Leito:

Nº pág.: 1/2

## CONSULTA MÉDICA

### ANAMNESE:

- Hipertensão

Moto - S

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PACIENTE REFERE, NO MOMENTO, DOR E EDEMA NO JOELHO ESQUERDO APÓS QUEDA DA MOTO OCORRIDA ONTEM.

### QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

PACIENTE PORTADOR DE SEQUELA DE LESÃO DE N. CIATICO EM MIE, POR TRAUMA HÁ 11 ANOS, RELATA QUE HÁ 2 HORAS SOFRU ACIDENTE DE TRANSITO CURSANDO COM DOR E LIMITAÇÃO DE ADM EM JOELHO ESQUERDO. AO EXAME PRESENÇA DE EQUIMOSE LOCAL E DOR AO EXAME. NEGA ALERGIAS. PACIENTE HIPERTENSO.

RX COM SINAIS DE AVULSAO DE TAT ANTIGA, PRESENÇA DE SINAIS DE ARTROSE POSTRAUMATICA E MATERIAL DE SINTESE EM JOELHO ESQUERDO.

CD:

- 1- TALA JOELHEIRA
- 2- ANALGESIA
- 3- ORIENTAÇÕES

### EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL  
Peso: Kg Altura: m SP O<sub>2</sub>: %

Observação:

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S800 - CONTUSÃO DO JOELHO|

CRM: 25113  
Dr. RAFAEL BAIA CARDozo SILVA

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE  
Contato: (81) 3526-8833



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 02/06/2020 17:20:10  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060217201050900000061746743>  
Número do documento: 20060217201050900000061746743

Num. 62888579 - Pág. 2



Levantamento  
de competências

**Nome:** SEVERINO LOPES LEITE  
**Dt. Nasc.:** 28/09/78 - 41 ano (s)  
**Mãe:** REGINA LOPES LEITE

**Nº registro:** 653060  
**Sexo:** Masculino  
**Fone:** 8185444569

**Endereço:** R JOSÉ LEITE, nº 43, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

**Data/hora:** 13/10/2019 - 12:09

**Nº pág.:** 2/2

**Setor:** Leito:

#### RESULTADOS DE EXAMES:

#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

CRM: 25113

Dr. RAFAEL BAIA CARDozo SILVA

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE  
Contato: (81) 3526-8833



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 02/06/2020 17:20:10  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060217201050900000061746743>  
Número do documento: 20060217201050900000061746743

Num. 62888579 - Pág. 3

# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 17/10/2019 09:33

## PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP



Nome Paciente: SEVERINO LOPES LEITE  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 28/09/1978  
Sexo: Masculino  
Idade: 41 anos  
Senha: 0013  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 17/10/2019 09:47 - 17/10/2019 09:52

MICHELAINY VICENTE GOMES - COREN: 253188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE DEU ENTRADA LIVRE DEMANDA, COM ENCAMINHAMENTO DE DR. HOMERO RODRIGUES PARA REALIZAR TOMOGRAFIA EM JOELHO ESQUERDO.  
PACIENTE REFERE DOR + EDEMA EM JOELHO ESQUERDO.

Medicamento(s):

HAS +

DM -

ALERGIA -

SEM LPP

Observação:

DOR CERVICAL/DORSAL/LOMBAR/EXTREMIDADES (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA)

Fluxograma sintoma:

- DOR LEVE (1-3/10)

Discriminador(es):

- EDEMA ARTICULAR SEM FLOGOSE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- PAD: 60.00 MMHG

- PAS: 120.00 MMHG

Acolhido(a) por: MICHELAINY VICENTE GOMES - COREN: 253188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 17/10/2019 09:52

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 02/06/2020 17:20:10  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060217201050900000061746743>  
Número do documento: 20060217201050900000061746743

Num. 62888579 - Pág. 4

01/0



## HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 528545

Data e Hora: 17/10/2019 09:58

Senha da Classificação:

0013

Paciente: 121249 SEVERINO LOPES LEITE

Data do Nascimento: 28/09/1978 Idade: 41 anos

Nome da Mãe:: REGINA LOPES LEITE

Estado Civil: CASADO

Endereço: RUA ALTO JOSE LEITE

Cidade/UF: VITORIA DE SANTO ANTAO

RG (Identidade): 5775757

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Cartão SUS: 702303129355713

Sexo: MASCULINO

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome do Pai: JOSE ALBINO LEITE

Nome do Médico: HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

CRM: 13526

-- LIVRAMENTO 43

PE

Bairro: MATRIZ

Usuário Atendimento: SANDRACA

SDS PE

Data de Emissão:

Fone: 999203646

Data de Emissão CRN:

(Lab: 431322)

Hospital  
Dom Helder Camara  
Jeferson Melo  
Faturamento/SPV  
17/10/2019

Hospital  
Dom Helder Camara  
Jeferson Melo  
Faturamento/SPV  
17/10/2019

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

RESUMO DE TRATAMENTO

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

trauma joelho (e)

Exame Físico

Dor mobilidade

Protese Diagnóstico

fract. TAT?

Conduta Terapêutica

TC gelo (e)

Prescrição Médica

internar H金沙

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:  
LEITO DO PACIENTE:



### FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 528602

Usuário do Atendimento: DAYENESS

Data e Hora do Atendimento: 17/10/2019 19:58

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: SEVERINO LOPES LEITE

Prontuário: 121249

Nome da Mãe: REGINA LOPES LEITE

Nome do Pai: JOSE ALBINO LEITE

Data do Nascimento: 28/09/1978

Idade: 41 anos  
RG: 5775757

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

SDS PE Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Carteira Nacional SUS: 702303129355713

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Endereço: RUA ALTO JOSE LEITE

Ocupação Habitual: OUTROS

Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

43 MATRIZ  
PE CEP: 55602970

Fone: 999203646

### DADOS DO ATENDIMENTO

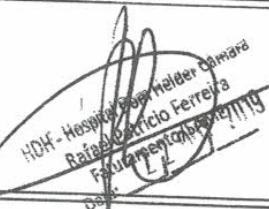
Item: DEMANDA ESPONTANEA

CRM: 17726

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Leito: LEITO 05

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 17/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

### SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorando

Diagnóstico: Infecção TAT

Procedimento: Fixação

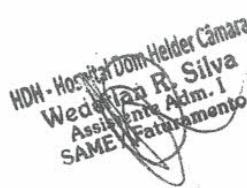
Alta em: 19/10/2019

Dr. Maia  
Apelido: Machado  
CRM: 16548  
Especialidade: Traumatologia

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:



HDH - Hospital Dom Helder Câmara  
Weddian R. Silva  
Assistente Adm. I  
SAME/Fatulamento



CCIH  
17/10/19  
Helder Câmara



Dr. Homero Rodrigues

CRM 13526

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Dr. Marcelo Machado  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 13526

Sluis Lopez Mach.

ANTONIO

HOM - Amput. br.

5-fun. pel. anh

II Bulgo tenuo!

Jel Gite

Homero Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 13526

Centro Hospitalar Santa Maria, Vitória de Santo Antão - PE

Fone: (81) 3145-1468 / 3523-1087



**ESCALA DE BRADEN**  
**AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO - Adulto**

Nome do paciente: Silvana Lopes Soáte Registro: 15 Data da avaliação: 17/10/19

<b>Percepção Sensorial</b> Capacidade de reação significativa ao desconforto	<p><b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não greme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instrução verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
<b>Umidade</b> Nível de exposição da pele à umidade	<p><b>1. Pele constantemente úmida:</b> A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito úmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente úmida:</b> A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente úmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
<b>Atividade</b> Nível de atividade física	<p><b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<p><b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerem poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteinas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteinas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.</p> <p><b>OU</b></p> <p>É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<p><b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um repositionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.</p>	

Alto Risco: <12    Risco Moderado: 13 - 17    Sem Risco: > 18

Pontuação Total 23



## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Saúme ICPA 1GJTC Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fm7 - Jcei HC @

História da Doença Atual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cucumimhancer or Hens.

Interrogatório Sintomatológico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dcr Jcera





## **EVOLUÇÃO CLÍNICA.**

Nome: Silvana Lopes Lira Registro: 121249

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	# Serviço fornecido
17/10/19 22:05h	Reduzida visita ao leito, atendendo não social. Pct. reuni residir com espaco a juntas em vitória de Stº Antº, area possui esteril Básico de higiene. Previdenc mentores das novas e rotinas do hospital e diretor do manejo do SUS.
	Jaceline Almeida Rodrigues Assistente Social CRAS II - 201 - 4º Período
18-10-19	Enfermagem
	Paciente em 801 de pat. de 17 ano segundo, em EOR sentado, ou intende, seu nome, dizer lor v-s evoca não o deserto depois que eu deixa renovado curativo
19.10.19 9h	# ORTOPEDIA 1º DPO extomia fibra (TAT) SI quer xas foi num pc CD: ATA
	Dr. Marcelo Machado Ortopedia Traumatologia CRM 16544

CÓD. 38251





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

**FUND. MARTINIANO FERNANDES**  
Registro: 121249  
Nome: SEVERINO LOPES LEITE  
Mãe: REGINA LOPES LEITE  
End.: RUA ALTO JOSE LEITE  
Enferm.: LEITO 05

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Atendimento: 528602

Dt.Cad: 17/10/2019

Dt. Nasc: 28/09/1978

Bairro: MATRIZ

Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAC

CNS: 702303129355713

Leito: 541

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado
- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

Não

Sim

*Nega*

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

Não

Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

Não

Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

Sim

Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

Sim *RK*

Não se aplica

- Antecipação de eventos críticos:  
Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado *T. avr. Frat. Plato Tíbia* *(C)*
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

*Fábio M. P. Pedro Alexandre*  
COREN-PB 74.214-ENF



### TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOOME:	Silviano / Open / 0010	DATA NASC.:	28/09/1978
REGISTRO:	121249	DATA:	38/10/19
SETOR DE ORIGEM:	VIP/00	HORA:	09:00
SETOR DE DESTINO:	BC		

S	<b>Situação (Enfermagem)</b>	Nível de Consciência: <i>Consciente, orientado</i> PA: _____ P脉: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: ( <input type="checkbox"/> ) Ar ambiente ( <input type="checkbox"/> ) Suporte de O2 ( <input type="checkbox"/> ) CatO2 ( <input type="checkbox"/> ) NBZ ( <input type="checkbox"/> ) TOT ( <input type="checkbox"/> ) Traqueo VM ( <input type="checkbox"/> ) Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	<b>Base do cenário (médico)</b>	Breve relato do caso: _____  Antibiótico profilático: ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim Antibiótico terapêutico: ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim Qual: _____ Prognóstico: ( <input type="checkbox"/> ) Crônico ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Crônico Nutrição: ( <input type="checkbox"/> ) Jejum ( <input type="checkbox"/> ) Dieta _____
A	<b>Análise (Enfermagem)</b>	Dispositivos invasivos: Cateter central ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim // SVD ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim Alergia: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim Qual: _____ Hemoderivados: ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: ( <input type="checkbox"/> ) LPP ( <input type="checkbox"/> ) Queda ( <input type="checkbox"/> ) Eletrite ( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____ Grau de Complexidade: ( <input type="checkbox"/> ) Crítico ( <input type="checkbox"/> ) Semi Crítico ( <input type="checkbox"/> ) Alta dependência ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Intermediário ( <input type="checkbox"/> ) Mínimo
R	<b>Recomendação (Enfermagem)</b>	Exames Laboratoriais: ( <input type="checkbox"/> ) Coletado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: ( <input type="checkbox"/> ) Realizado _____ ( <input type="checkbox"/> ) Pendente _____ Curativo: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim Local: _____ Isolamento: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico \_\_\_\_\_

Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_

Araújo Meio  
CORRELAÇÃO 444-JSF-ENF

Recebido por: Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_





#### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 43404  
Sala : 0002 SALA 02  
Paciente : 121249 SEVERINO LOPES LEITE Atendimento : 528602  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 541 LEITO 05 Idade : 41 Anos  
Dt. Início : 18/10/2019 09:00 Dt. Fim : 18/10/2019 09:32  
Cid Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA  
Cid Pós-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

#### Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

#### Equipe Médica

CIRURGIAO 13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO  
ANESTESISTA 8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

#### Descrição

##### Descrição Cirúrgica :

##### Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO ANTERIORDE JOELHO ESQ
5. PASSAGEM DE FIO PERCUTANEO
6. REDUCAO INDIRETA SOBRE CONTROLE RADIOSCÓPICO , FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS CANULADOS 4,5 MM
7. TESTES OK
8. CONTROLE RADIOSCÓPICO
9. FECHAMENTO POR PLANOS

##### Sintomas Cirúrgicos:

##### Descrição Complementar

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO  
CRM : 13526





GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Severino Jópes Sátil Date: 18/10/19 Hora: 07:05 Registro: 121249  
 Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dre Flávio Rodrigues Anestesista: Dre Fernanda  
 Auxiliar:  2º Auxiliar:  Instrumentador:

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Fratura exposta de fibula Início: 09:00 Término: \_\_\_\_\_  
 Anestesia: Acetil + Sedarax Início: 08:45 Término: \_\_\_\_\_

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Coma
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Traqueostomizado	
Tricotomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		

Chegou no CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler	<input type="checkbox"/>	Lateral	<input type="checkbox"/>	Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/>	Ventral	<input type="checkbox"/>	Ginecológica	<input type="checkbox"/>
Banco de Sangue	<input type="checkbox"/>			Laboratório	<input type="checkbox"/>	Radiologia	<input type="checkbox"/>	Peça Cirúrgica: Sim	<input type="checkbox"/>

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco	<input checked="" type="checkbox"/>	PNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC	Aspirador	<input type="checkbox"/>
Coelhão Térmico	<input type="checkbox"/>	Bisturi Ultrassônico	<input type="checkbox"/>	Arroscópio	<input type="checkbox"/>	Microscópio	Capnógrafo	<input type="checkbox"/>
Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Local da Placa	<u>porta</u>					
Carro de Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/>	Diprofusor	<input type="checkbox"/>	Intensificador	<input checked="" type="checkbox"/>			
Ap. Video	<input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/>					
Oxigênio	<input type="checkbox"/>	Início	_____	Término	_____			
Protóxido	<input type="checkbox"/>	Início	_____	Término	_____			
Gás Carbônico	<input type="checkbox"/>	Início	_____	Término	_____			
Outros:								

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cámla Orotraqueal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<u>(V)</u>	Punção Venosa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>(V)</u>
Sonda Vesical de Demora:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>(V)</u>	Sonda Gástrica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>(V)</u>
Drenagem (Tipo e Local):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>(V)</u>				
Curativo (Tipo e Local):	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>(V)</u>				

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA:	<u>Medicamentos na ficha de</u>	CIRURGIA:	_____
	<u>Anestesia</u>		_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____

6 - OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente:	<input type="checkbox"/> Acordado	- Narcose	<input type="checkbox"/>	Entubado	<input type="checkbox"/>	Traqueostomizado	<input type="checkbox"/>			
Encaminhado para:	<input checked="" type="checkbox"/> SRPA	<input checked="" type="checkbox"/> S. Intensiva	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> LICOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Aptº	<input type="checkbox"/>	Residência	<input type="checkbox"/>

Data:	<u>18-10-19</u>	Hora:	_____	Enfermeira:	<u>Fabio</u>	Circulante:	<u>Jucine</u>
-------	-----------------	-------	-------	-------------	--------------	-------------	---------------

CÓD. 38607



L-05

1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: Silviano Lopes data: 18/10/19 Hora: 09:40 Registro: 123249  
 Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 11 cir. Fratura diafisária di Tibia E  
 Tipo de anestesia: Rodar + sedalax  
 Equipe: Dra. Yamile Rodrigues Anestesista: Dra. Terza

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Graveº  
 Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado  
 Sonda: () SVD () SNG () SNE  
 Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: \_\_\_\_\_  
 Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: \_\_\_\_\_  
 Drenos: () não () sim Onde: \_\_\_\_\_  
 Sinais vitais: PA: 121 x 67 mmHg FR: 13 p/min FC: 59 p/min SaPO2: 100%  
 Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

SSV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>114x63</u>	<u>118x70</u>	<u>121x87</u>	<u>122x77</u>	<u>135x84</u>	
FR	<u>30</u>	<u>18</u>	<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	
FC	<u>54</u>	<u>56</u>	<u>86</u>	<u>78</u>	<u>81</u>	
SaPO2	<u>96</u>	<u>96%</u>	<u>96%</u>	<u>984</u>	<u>100%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

Maria Sales  
Médico  
CRM: 123456

CÓD: 38398



		Nome: <i>Severino Lopes Leite</i>	Registro: <i>191249</i>	Leito:
		Procedimento Cirúrgico: <i>Frat. Plato Tíbia (C)</i>	Data:	Hora:
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM			HORÁRIOS
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar ( ) manter ( ) Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).			
	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica			
	<input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado <input checked="" type="checkbox"/> Registrar-se: <input checked="" type="checkbox"/> Dor ao urinar <input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea			
	<input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico			
	<input type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros			
3. Padrão de eliminação urinária  <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h <input type="checkbox"/> Outros			
	<input checked="" type="checkbox"/> Local: <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Severa			
	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <i>15/15</i> h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____			
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)			
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros			
4. Dor ( )				
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>				
6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/>				
7. Imobilidade no leito prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>				





### CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Silviano Lopes Júnior Registro: 121299  
Clínica: 0010 Enfermaria: SR PA Leito: \_\_\_\_\_  
Sexo: M Peso de admissão: \_\_\_\_\_ Kg Peso Atual: \_\_\_\_\_ Kg

#### Hipótese Diagnóstica:

HORA:	PLANTÃO DIURNO:	DATA:
Estado Geral	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Regular ( <input type="checkbox"/> ) Grave	( <input type="checkbox"/> ) Gravíssimo
Dieta	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) VO ( <input type="checkbox"/> ) SNG	( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) SML ( <input type="checkbox"/> ) SOG ( <input type="checkbox"/> ) Dieta Zero
Padrão Respiratório	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Eupneico ( <input type="checkbox"/> ) Taquipneico	( <input type="checkbox"/> ) Bradígneico
Acesso Venoso	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( <input type="checkbox"/> ) Central	Local:
Curativo	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não	Local:
Drenos	: ( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Local:
Evacuações	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Presente ( <input type="checkbox"/> ) Ausente	Aspecto:
Observações	Paciente consciente, orientado, curativo realizado, medindo peso e tomografia abdominal praeoperatório média. Sigue os cuidados de enfermagem.	

Auxiliar / Técnico de Enfermagem:	DATA:	
HORA:	PLANTÃO NOTURNO:	DATA:
Estado Geral	: ( <input type="checkbox"/> ) Regular ( <input type="checkbox"/> ) Grave	( <input type="checkbox"/> ) Gravíssimo
Dieta	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) VO ( <input type="checkbox"/> ) SNG	( <input type="checkbox"/> ) SNE ( <input type="checkbox"/> ) SML ( <input type="checkbox"/> ) SOG ( <input type="checkbox"/> ) Dieta Zero
Padrão Respiratório	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Eupneico ( <input type="checkbox"/> ) Taquipneico	( <input type="checkbox"/> ) Bradígneico
Acesso Venoso	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Periférico ( <input type="checkbox"/> ) Central	Local:
Curativo	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não	Local:
Drenos	: ( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Local:
Evacuações	: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Presente ( <input type="checkbox"/> ) Ausente	Aspecto:
Observações	paciente evoluindo etapa geral regular paciente com quadro respiratório normalizado após a cirurgia. Deu a diete VO no momento da escrita conforme a prescrição médica.	

Auxiliar / Técnico de Enfermagem:	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável





## **IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

## 1. Identificação

Nome: Sáverio Júper Vilela Data: 28/10/19 Registro: 184249  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 07:05

## 2. Equipe médical

Cirurgião: José Rodrigues 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Dr. Ferreira Instrumentador: Leandro  
Circulante: Assis

CÓD. 38236

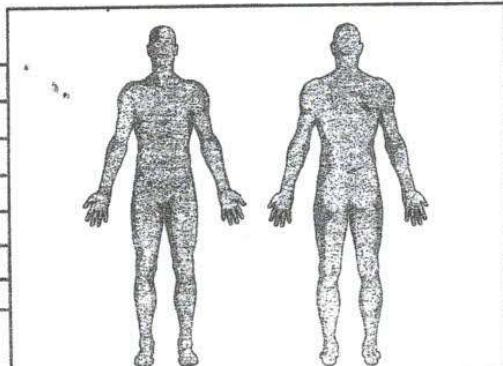


Data: 08/10/19

## CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 07:30

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Silviano (cepa leite)
Data de Nascimento:	18/09/78
Setor:	Leito:



SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		

ENTREVISTA					
HIPERTENSO:	SIM (✓)	NÃO ( )	MEDICAÇÃO EM USO: _____		
DIABÉTICO:	SIM ( )	NÃO (✓)	MEDICAÇÃO EM USO: _____		
HÁBITOS:	TABAGISTA:	SIM ( )	NÃO ( )	Há quantos anos:	Qtd/dia: _____
	ETILISTA:	SIM (✓)	NÃO ( )	Há quantos anos:	Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS					
IMAGEM:	RX ( )	TAC c/ Contraste ( )	USG ( )	ECO ( )	LABORATÓRIAL: SIM ( ) NÃO ( ) Observação: _____
		TAC s/ Contraste ( )	RNM( )	CATE ( )	
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM ( ) NÃO ( )		Risco Cirúrgico: _____		
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM ( ) NÃO ( )		GRUPO SANGUÍNEO: _____		
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM ( ) NÃO ( )		Qual?: UTI: _____	LEITO: _____	

ALERGIA				USO DE SONDAS	
SIM ( )	QUAL: _____			SNE ( )	SNG( )
NÃO (✓)	OBSERVAÇÃO: _____			SVD( )	
				Outra: _____	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO				DRENO	
SIM ( )	QUAL: _____			SIM ( )	NÃO (✓)
NÃO ( )	OBSERVAÇÃO: _____			Qual: _____	
SIM ( )	QUAL: _____			Local: _____	
NÃO ( )	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____				

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE					
JEJUM:	SIM (✓)	NÃO( )	À partir do dia: 17/10/19 às 20:00	Observação: _____	
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (✓)	NÃO( )	Observação: _____		
TRICOTOMIA:	SIM ( )	NÃO(✓)	Observação: _____		
RETIRADO ADORNOS:	SIM (✓)	NÃO( )	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM ( )	NÃO( )
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (✓)	Quais/Datas: bivirte E, fêmur E, joelho E			
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ( )	Quais/Datas: _____			
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (✓)	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM ( )	Observação: _____
	NÃO( )			NÃO( )	

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

Araújo Melo  
GERENTE DE MATERIAIS ENF

CÓD. 38404



PACIENTE:	Gervânia Jópes Jeti			DATA:	18/10/19
CIRURGIÃO:	Dr. Henrique Rodrigues			HOR:	12:12:49
ANESTESISTA:	Dr. Fábio			AUXILIAR:	Ricardo + sed
CIRURGIA:	H. cirurgia Fratura diafisária de fibula e tibia			ANESTESIA:	
ESTRUMENTADOR:	Silvana			COORDENAÇÃO DO ESTRUT:	Ruana
CIRCULANTE:	Luciene			COHER:	
ENFERMEIRA:	Fabrício			HORARIO INICIO:	07:05
				HORARIO FINAL:	
Descrição Material Usado em Sala 02				Descrição Material Usado em Sala	
<b>AGULHAS</b>					
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 3,2
<b>ATADURAS</b>					
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	BLAKER 19FR	TORAX 20
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		TORAX 28	TORAX 32
<b>CANULAS</b>					
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	ENTERAL 10	ENTERAL 12
TRAQUEOST 9,0				ASPIRAÇÃO 10	ASPIRAÇÃO 12
<b>CATETER</b>					
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,5
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,5
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,5
<b>LIMPADORES</b>					
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 15
<b>CURATIVOS</b>					
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
<b>EQUIPOS</b>					
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO	FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08
<b>EXTENSORES</b>					
20CM	40CM	60CM	120CM	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
<b>LÂMINAS</b>					
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 18
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6		NASO 10	NASO 14
<b>LUVAS</b>					
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	NASO 18	NASO 22
<b>SERINGAS</b>					
1ML	3ML	5ML	10ML	URETRAL 8	URETRAL 10
20ML	60ML	60ML CATETER		URETRAL 14	URETRAL 18
<b>AVVENTAL CIRUR.</b>					
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO		ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS	CROMADO 0	CROMADO 2-0
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN	CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA	SIMPLES 5-0	NYLON 2-0
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO	NYLON 5-0	NYLON 8-0
				NYLON 10-0	NYLON 9-0
				POLIESTER 4-0	POLIESTER 2-0
				POLIESTER 4-0	PROLENE 0
				PROLENE 2-0	PROLENE 4-0
				VICRYL 0	VICRYL 2-0
				VICRYL 4-0	MARCAPASSO
				SEDA 2-0	VALVEKIT
				SURGIGEL 5X75	ACO 4
					ACO 6

CÓD. 384





CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM  
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Settevino Jópes Leite Registro: 121249.  
Clínica: HNC Enfermaria: B-C Leito:  
Sexo: M Peso de admissão: Kg Peso Atual: Kg

Hipótese Diagnóstica:

HORA: 08:00	PLANTÃO DIURNO: Vespertino.	DATA: 19/10/19.
Estado Geral : <input checked="" type="checkbox"/> Regular	( ) Grave	( ) Gravíssimo
Dieta : <input checked="" type="checkbox"/> VO	( ) SNG	( ) SNE ( ) SML ( ) SOG ( ) Dieta Zero
Padrão Respiratório : <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	( ) Taquipneico	( ) Bradigêneo
Acesso Venoso : <input checked="" type="checkbox"/> Periférico	( ) Central	Local:
Curativo : <input checked="" type="checkbox"/> Sim	( ) Não	Local:
Drenos : <input checked="" type="checkbox"/> Sim	( ) Não	Local:
Evacuações : <input checked="" type="checkbox"/> Presente	( ) Ausente	Aspecto:
Observações : <i>Rasante sem intenção aceitando visita familiarizando o sono SSUU estavam negar os cuidados da enfermagem.</i>		

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Nidene S	21/06/1983 - NERVO SUSCITADA MAGALHAES	
HORA:	PLANTÃO NOTURNO:	DATA: / /
Estado Geral : ( ) Regular	( ) Grave	( ) Gravíssimo
Dieta : ( ) VO	( ) SNG	( ) SNE ( ) SML ( ) SOG ( ) Dieta Zero
Padrão Respiratório : ( ) Eupneico	( ) Taquipneico	( ) Bradigêneo
Acesso Venoso : ( ) Periférico	( ) Central	Local:
Curativo : ( ) Sim	( ) Não	Local:
Drenos : ( ) Sim	( ) Não	Local:
Evacuações : ( ) Presente	( ) Ausente	Aspecto:
Observações :		

Auxiliar / Técnico de Enfermagem:		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável



**TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE**

NOME: *Seríno Lemos Leite* DATA NASC: *28/09/1978*  
 REGISTRO: *191948* DATA: *18/10/19* HORA: \_\_\_\_\_  
 SETOR DE ORIGEM: *V32 ECO* SETOR DE DESTINO: *V32 DORE*

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <i>Paciente, orientado, alerta</i> HGT: <i>70</i> <i>PA: 134x95</i> Pulso: <i>72</i> Temp: <i>37</i> FR: <i>15</i> Oximetria: <i>99%</i> Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Suporte de O2 <input type="checkbox"/> CatO2 <input type="checkbox"/> NBZ <input type="checkbox"/> TOT <input checked="" type="checkbox"/> Traqueo VM <input type="checkbox"/> Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Prognóstico: <input checked="" type="checkbox"/> Crônico <input type="checkbox"/> Não Crônico Nutrição: <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos invasivos: Cateter central <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim // SVD <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: <input type="checkbox"/> LPP <input checked="" type="checkbox"/> Queda <input checked="" type="checkbox"/> Nefrite <input type="checkbox"/> Outros: _____ Grau de Complexidade: <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Semi Crítico <input checked="" type="checkbox"/> Alta dependência <input type="checkbox"/> Intermediário <input checked="" type="checkbox"/> Mínimo
R	Remuneração (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Coletado <input checked="" type="checkbox"/> Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: <input type="checkbox"/> Realizado _____ <input type="checkbox"/> Pendente _____ Curativo: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Local: <i>01 unid</i> Isolamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico \_\_\_\_\_ Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_  
 Recebido por: Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_





<b>Tipo do documento:</b> <b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>	<b>Número do documento:</b> <b>TER_001</b>	<b>Emissão:</b> <b>17/04/2019</b>
<b>Título:</b> <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>		<b>Versão número:</b> <b>001</b>
<b>Responsável pela elaboração:</b> Bruna Melo	<b>Responsável pela aprovação:</b> Dr. André Sansônio	<b>Revisão:</b> <b>00</b>

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

Paciente

Responsável

Autorizo o Drº(a). \_\_\_\_\_, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- Tratamento: \_\_\_\_\_  
 Assistência clínica: \_\_\_\_\_  
 Procedimento: \_\_\_\_\_ ou  
 Exame: \_\_\_\_\_

a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Drº(a). \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

PACIENTE /  RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Severino Lopes RG: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Cabo de Santo Agostinho, 17 de Outubro de 2019.

Severino Lopes Lobo  
Assinatura do paciente/representante legal

#### Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Homero Rodrigues*  
CRM 13526  
Ortopedia Traumatologia

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000  
Fone: 3183-0000





<b>Tipo do documento:</b> TERMO DE CONSENTIMENTO	<b>Número do documento:</b> TER- 001	<b>Emissão:</b> 17/04/2019
<b>Título:</b> TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		<b>Versão número:</b> 001
<b>Responsável pela elaboração:</b> Bruna Melo	<b>Responsável pela aprovação:</b> Dr. André Sansônio	<b>Revisão:</b> 00

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico

Declaro ainda que:

- a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- d) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- e) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também, das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmo que recebi explicações, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

PACIENTE /  RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Silvana Dörper Brinete RG: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: 28/09/78 Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Cabo de Santo Agostinho, 18 de Outubro de 20 19.

Silvana Dörper  
Assinatura do paciente/representante legal

### Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, 18 de Outubro de 20 19.

Terezinha C. Silveira  
Assinatura e selo/crimbo do médico  
CRM 8010

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000  
Fone: 3183-0000



## Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Severino Lopes Ferreira Registro nº 121249  
Idade: 61 Sexo: M Data da Admissão: 17/10/19 Data da Alta: 19/10/19

Diagnósticos Definidos: frat. da TAT (e)

Conduta / Procedimentos Realizados: fixação e parafusos  
compladura

Prescrição para o Domicílio: medicamento

Informações Complementares: \_\_\_\_\_

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM  Data da Consulta: 15 dias NÃO

Dr. Marcelo Machado  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 10548

69 ferre

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0154000129**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/01/2020** às **18:34**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 13/10/2019 no período da Manhã

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA HENRIQUE DE HOLANDA, 1, NO VIADUTO DO CAJÁ, VITÓRIA-PE - Bairro: REDENCAO - VITORIA DE SANTO ANTÃO/PERNAMBUCO/BRASIL

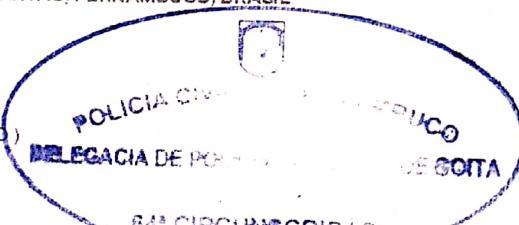
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APlica (AUTOR VAGENTE)**

JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCÃO (OUTRO)

SEVERINO LOPES LEITE (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO**: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO LOPES LEITE**

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

SEVERINO LOPES LEITE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Mãe: REGINA LOPES LEITE Pai: JOSÉ ALBINO LEITE FILHO Data de Nascimento: 28/9/1978 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 5775757/SDS/PE (RG), 03117141456 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO

Profissão: **AUTONOMO(A)**  
Endereço Residencial: RUA ALTO JOSE LEITE, 43, CASA - CEP: 0 - Bairro: LIVRAMENTO - VITORIA DE SANTO ANTÃO/PERNAMBUCO/BRASIL

**NÃO SE APlica** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCÃO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEFA CORREIA DE AMORIM FALCÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO LOPES LEITE**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**



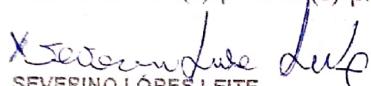
Cor: AZUL - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PFP2004 (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Chassi: 9C2ND0910CR009927  
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: GASOLINA

#### Complemento / Observação

A VÍTIMA PILOTAVA A SUA MOTO PELA AV.HENRIQUE DE HOLNDA (ANTIGA 232), QUANDO AO PASSAR PELO VIADUTO DO CAJÁ FEZ UMA MANOBRA PARA DIREITA E NÃO VENDO UM BURACO, PASSOU POR ELE PERDENDO O CONTROLE DA MOTO VEIO A CAIR AO CHÃO. SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA ,MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS A MESMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM ELDER CÂMARA NO CABO DE SANTO AGOSTINHO ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO JOELHO ESQUERDO.

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



SEVERINO LÓPES LEITE  
(VITIMA)

B.O. registrado por: ~~SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO~~ - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento  
 Comissário Especial de Polícia  
Mat. 159.816-3





(1)



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3200067939 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** SEVERINO LOPES LEITE**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** SEVERINO LOPES LEITE**CPF/CNPJ:** 03117141456**Posição em 06-03-2020 09:27:28**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será efetuado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/03/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

**Histórico das correspondências enviadas**

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/02/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/TCZoON6rOyy7yj9nlUkWa;api_key=y+j2M6vLMwe__4v9TOuYj0lGjbDiv9SWDzxj1uHFO3Mc=">Download</a>
14/02/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tif2R3ENP1f+56OmNzEc;api_key=y+j2M6vLMwe__4v9TOuYj0lGjbDiv9SWDzxj1uHFO3Mc=">Download</a>





Tribunal de Justiça de Pernambuco

Poder Judiciário

**Seção A da 31ª Vara Cível da Capital**

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,  
RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810501

Processo nº **0025388-67.2020.8.17.2001**

AUTOR: SEVERINO LOPES LEITE

RÉU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

**DESPACHO**

Inicialmente, tendo em vista a declaração de pobreza constante no ID nº 62888578, concedo o benefício da assistência judiciária gratuita.

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Neste primeiro momento, após a entrada em vigor do Novo Código de Processo Civil, verifico que o feito deve seguir o procedimento comum, a se iniciar, em tese, pela designação de audiência prévia de conciliação, prevista no art. 334.

Dita audiência é realizada em fase eminentemente pré-processual, posto que ainda não triangularizada a relação processual.

No caso dos presentes autos, entretanto, a proposta conciliatória antes da formação da lide, não se mostra eficaz, pois o caso em comento tem uma especificidade legal para discussão, tendo em vista a necessidade de quantificar e mensurar os supostos danos físicos que levaram à debilidade permanente da parte autora, em face do acidente de trânsito, conforme o anexo da Lei 11.945/08. Assim, considerando o princípio da adaptabilidade que permeia o CPC/2015, visando evitar a prática de atos processuais inúteis e encontrar melhor eficiência, celeridade e economia processual, resolvo, suplantar, nessa primeira fase, a audiência de conciliação, determinando, de logo, a citação da parte demandada para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contestar o pedido, sob pena de revelia e confissão, em sintonia com o art. 335 do atual Estatuto de Ritos.

Com a resposta, intime-se a parte Autora, para réplica, em igual prazo (inteligência do art. 351 do CPC).

Em sucessivo, determino que a parte autora seja submetida à perícia médica/traumatológica.

Para a realização desta, nomeio o **Dr. Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho**, para exercer o múnus público de perito, devendo ser intimado no endereço situado à Rua General Joaquim Inácio, nº 830, sala 812, Empresarial The Plaza Business Center, Ilha do Leite, Recife/PE, CEP: 50070-270 ou por meio do endereço eletrônico [pmenezes.periciasmedicas.dpvat@gmail.com](mailto:pmenezes.periciasmedicas.dpvat@gmail.com).

O referido perito responderá à quesitação deste Juízo por meio do modelo padronizado, utilizado nos mutirões realizados pela Central de Mutirões da Capital, tudo com o objetivo de esclarecer a existência ou não de debilidade permanente suportada pela parte autora, ficando estabelecido



desde já, pela prática corriqueira, que a quesitação será respondida logo após o exame pericial, bem assim que as partes, no prazo de contestação e réplica, deverão ofertar seus quesitos e indicar assistentes técnicos, se desejarem.

No mais, arbitro o valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) a título de honorários periciais, conforme convênio celebrado com o Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco.

Sobre o reportado exame pericial, as partes deverão ser intimadas, no prazo comum de 10 (dez) dias.

Por fim, intimem-se as partes para dizerem se pretendem produzir outras provas. Caso não manifestem interesse, retornem os autos conclusos para sentença (art.355, NCPC).

Registro, por oportunidade, que uma cópia da presente, autenticada por servidor em exercício na Diretoria Cível do 1º Grau, servirá como mandado.

Recife, 03 de junho de 2020.

**Cátia Luciene Laranjeira de Sá**  
**Juíza de Direito**

=





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

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

Seção A da 31ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0025388-67.2020.8.17.2001

AUTOR: SEVERINO LOPES LEITE

REU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

RECIFE, 6 de agosto de 2020.

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

**Destinatário(s):**

**Nome: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**

**Endereço: AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, 251, TORRE 2/ SALA 1001, PINA, RECIFE - PE - CEP: 51110-160**

Através da presente, fica V. Sa. **CITADO(A)** para tomar ciência de todos os termos da ação em epígrafe, que tramita perante o Juízo acima indicado, e integrar a relação processual, bem como **INTIMADO(A)** para oferecer contestação, tudo conforme decisão prolatada, em anexo, e diante da petição inicial, cujo teor pode ser consultado por meio do endereço eletrônico fornecido neste documento.

**Prazo:** O prazo para responder a ação, querendo, é de **15 (quinze) dias**, contados da juntada do Aviso de Recebimento (AR) aos autos.

**Advertência:** Não sendo contestada a ação no prazo marcado, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo Autor na petição inicial (art. 344 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015).

**Para acessar a Petição Inicial, siga os passos abaixo:**

1 – Acesse o link: <https://www.tjpe.jus.br/contrafe1g>

2 – No campo “Número do Documento”, digite: 2006021720102400000061746735

Obs.: O presente processo tramita de forma eletrônica através do sistema PJe. Independentemente de cadastro prévio, a parte/advogado poderá realizar consulta através do seguinte endereço eletrônico: <https://pje.tjpe.jus.br/1g/ConsultaPublica/listView.seam>

Toda a tramitação desta ação deverá ser feita através do referido sistema, sendo necessária a utilização de Certificação Digital. As instruções para cadastramento e uso do sistema podem ser obtidas através do seguinte endereço na internet: <http://www.tjpe.jus.br/web/processo-judicial-eletronico/cadastro-de-advogado>

Eu, JANAINA FERRO DE SOUSA PORFIRIO LIMA, o digitei e o submeto à conferência e assinatura(s).

**JANAINA FERRO DE SOUSA PORFIRIO LIMA**

**Diretoria Cível do 1º Grau**

**Assina por ordem do(a) Juiz(a) de Direito da Vara**

A validade da assinatura deste documento poderá ser confirmada na página do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco: [www.tjpe.jus.br](http://www.tjpe.jus.br) – PJe-Processo Judicial Eletrônico – Consulta Documento [<https://pje.tjpe.jus.br/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>], utilizando o número do documento (código de barras) abaixo identificado.





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

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

Seção A da 31ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0025388-67.2020.8.17.2001

AUTOR: SEVERINO LOPES LEITE

REU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

**INTIMAÇÃO DE DESPACHO**

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção A da 31ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 62914707, conforme segue transscrito abaixo:

*"DESPACHO Inicialmente, tendo em vista a declaração de pobreza constante no ID nº 62888578, concedo o benefício da assistência judiciária gratuita. Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT. Neste primeiro momento, após a entrada em vigor do Novo Código de Processo Civil, verifico que o feito deve seguir o procedimento comum, a se iniciar, em tese, pela designação de audiência prévia de conciliação, prevista no art. 334. Dita audiência é realizada em fase eminentemente pré-processual, posto que ainda não triangularizada a relação processual. No caso dos presentes autos, entretanto, a proposta conciliatória antes da formação da lide, não se mostra eficaz, pois o caso em comento tem uma especificidade legal para discussão, tendo em vista a necessidade de quantificar e mensurar os supostos danos físicos que levaram à debilidade permanente da parte autora, em face do acidente de trânsito, conforme o anexo da Lei 11.945/08. Assim, considerando o princípio da adaptabilidade que permeia o CPC/2015, visando evitar a prática de atos processuais inúteis e encontrar melhor eficiência, celeridade e economia processual, resolvo, suplantar, nessa primeira fase, a audiência de conciliação, determinando, de logo, a citação da parte demandada para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contestar o pedido, sob pena de revelia e confissão, em sintonia com o art. 335 do atual Estatuto de Ritos. Com a resposta, intime-se a parte Autora, para réplica, em igual prazo (inteligência do art. 351 do CPC). Em sucessivo, determino que a parte autora seja submetida à perícia médica/traumatológica. Para a realização desta, nomeio o Dr. Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho, para exercer o múnus público de perito, devendo ser intimado no endereço situado à Rua General Joaquim Inácio, nº 830, sala 812, Empresarial The Plaza Business Center, Ilha do Leite, Recife/PE, CEP: 50070-270 ou por meio do endereço eletrônico pmenezes.periciasmedicas.dpvat@gmail.com. O referido perito responderá à quesitação deste Juízo por meio do modelo padronizado, utilizado nos mutirões realizados pela Central de Mutirões da Capital, tudo com o objetivo de esclarecer a existência ou não de debilidade permanente suportada pela parte autora, ficando estabelecido desde já, pela prática corriqueira, que a quesitação será respondida logo após o exame pericial, bem assim que as partes, no prazo de contestação e réplica, deverão ofertar seus quesitos e indicar assistentes técnicos, se desejarem. No mais, arbitro o valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) a título de honorários periciais, conforme convênio celebrado com o Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco. Sobre o reportado exame pericial, as partes deverão ser intimadas, no prazo comum de 10 (dez) dias. Por fim, intimem-se as partes para dizerem se pretendem produzir outras provas. Caso não manifestem interesse, retornem os autos conclusos para sentença (art.355, NCPC). Registro, por oportunidade, que uma cópia da presente, autenticada por servidor em exercício na Diretoria Cível do 1º Grau, servirá como mandado. Recife, 03 de junho de 2020. Cátila Luciene Laranjeira de Sá Juíza de Direito".*

RECIFE, 6 de agosto de 2020.

**JANAINA FERRO DE SOUSA PORFIRIO LIMA**

**Diretoria Cível do 1º Grau**





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

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

---

Seção A da 31ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0025388-67.2020.8.17.2001

AUTOR: SEVERINO LOPES LEITE

REU: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.

**CERTIDÃO DE DEVOLUÇÃO DE AR COM RECEBIMENTO**

Certifico que, nesta data, faço anexar aos presentes autos o AR referente a CITAÇÃO/INTIMAÇÃO de TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.. O referido é verdade. Dou fé.

RECIFE, 16 de novembro de 2020

**ROBERTO FERREIRA DA SILVA**

**Diretoria Cível do 1º Grau**



Assinado eletronicamente por: ROBERTO FERREIRA DA SILVA - 16/11/2020 12:17:31  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011161217313800000069667572>  
Número do documento: 2011161217313800000069667572

Num. 71055574 - Pág. 1



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

**DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE**

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

**ENDER** Nome: TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.  
Endereço: AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, 251, TORRE 2/ SALA 1001, PINA,  
RECIFE - PE - CEP: 51110-160

**CEP / CO** 0025388-67.2020.8.17.2001      ID 65891245  
**CITAÇÃO/INTIMAÇÃO** Seção A da 31ª Vara Cível da Capital

1

PAÍS / PAYS

NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI

 PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE EMS SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RÉCEPTEUR

DATA DE RECEBIMENTO  
DATE DE LIVRATION  
26/08/20CARIMBO DE ENTREGA  
UNIDADE DE DESTINO  
EMEAU DE DESTINATION  
CDD/AM/26/08/2020

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM VISIBLE DU RÉCEPTEUR

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO  
RECEBEDOR / ÓRGÃO EXPEDIDORRUBRICA E MAT. DO EMPREGADO /  
SIGNATURE DE L'AGENT

85064416

OR PE

26 AGO 2020

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO

FC0463 / 16

114 x 186 mm



Assinado eletronicamente por: ROBERTO FERREIRA DA SILVA - 16/11/2020 12:17:31  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111612173156900000069667577>  
Número do documento: 20111612173156900000069667577

Num. 71055579 - Pág. 1

**Correios** Brasil

AVISO DE RECEBIMENTO		AR
AVIS CN07		
DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT		
19 AGO 2020		
UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT		
RECIFE-PE		
PREENCHER COM LETRA DE FORMA		
NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR		
FÓRUM DESEMBARGADOR RODOLFO AURELIANO - 1º ANDAR		
AV. DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/Nº		
CIDADEF/LOCALIZAÇÃO JOANA BEZERRA RECIFE/PE CEP: 50.080-900		
UF		BRASIL BRESIL
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



Assinado eletronicamente por: ROBERTO FERREIRA DA SILVA - 16/11/2020 12:17:31  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111612173156900000069667577>  
 Número do documento: 20111612173156900000069667577

Num. 71055579 - Pág. 2