



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	
SEVERINO LOPES LEITE (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62888 571	02/06/2020 17:20	Petição Inicial	Petição Inicial
62888 578	02/06/2020 17:20	SEVERINO LOPES LEITE PROC+RG+COMP RES (1)	Documento de Comprovação
62888 579	02/06/2020 17:20	SEVERINO LOPES LEITE FICHA ENTRADA HJMO + PRONT HDHCT (1)	Documento de Comprovação
62890 498	02/06/2020 17:20	SEVERINO LOPES LEITE PRONT HDHC II (1)	Documento de Comprovação
62890 501	02/06/2020 17:20	SEVERINO LOPES LEITE B.O+ COMP. DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação
62914 707	03/06/2020 12:16	Despacho	Despacho
65891 245	06/08/2020 10:32	Citação	Citação
65891 246	06/08/2020 10:32	Intimação	Intimação
71055 574	16/11/2020 12:17	Certidão	Certidão
71055 579	16/11/2020 12:17	25388-67.2020 TOKIO MARINE 31A	Aviso de recebimento (AR)

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 medica 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 (SUPERINTENDÊNCIA 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 (CONSELHO 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, inutilização 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 cinquenta 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\$ 2.040,49. 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 Juizes de Direito Dr. AUZIÊNIO 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 Juizes 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. Quitação 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: Severino Lopes Leite, brasileiro casado,摩托taxista, RG 5.775.757, SDS; PE, CPF 031.171.914-56, residente e domiciliado na Rua Alca José Leite, 43, Casa, Distrito de Vitória de Santo Antão - 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 judícia”, 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.


Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, Seserino Lopes Leite, brasileiro, casado, motociclista, RG
5.775.757, SDS-PE, CPF 031.171.414-56, residente na Rua Alto José Leite, 43, I
grasso, Vitória de Santo Antão, PE, CEP 55.602-520.

Declaro para os devidos fins de direito que 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.

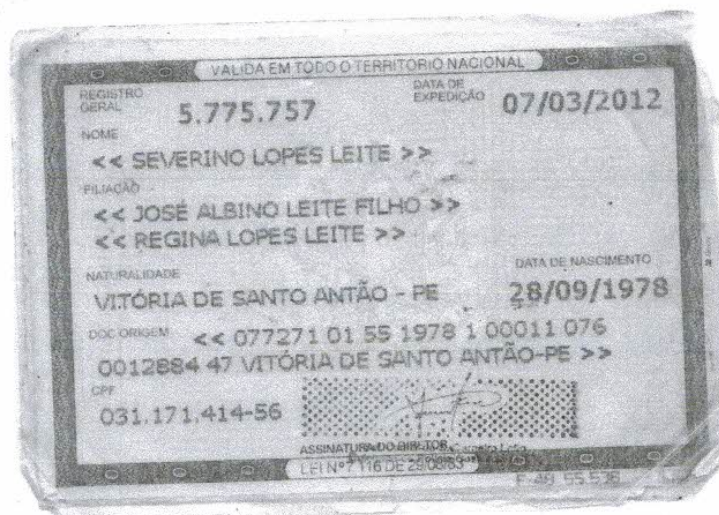
E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE, 09 de março de 2020.

Seserino Lopes Leite

Assinatura





PARA USO DOS CORREIOS	
<input type="checkbox"/> 01 - MUDOU-SE <input type="checkbox"/> 02 - ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE N.º INDICADO <input type="checkbox"/> 04 - FALTECDO <input type="checkbox"/> 05 - DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> 06 - RECUSADO	<input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE <input type="checkbox"/> 08 - NÃO PROCURADO <input type="checkbox"/> 10 - OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 12 - FALTA COMPLEMENTO (COLETIV / GU) <input type="checkbox"/> 13 - CAIXA POSTAL CANCELADA
Matrícula : _____ Rubrica do responsável _____ Reintegrado ao serviço Postal em: _____	



CTC RECIFE PE PL4



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



7213195069765420000000109530191219
 Data Postagem: 191219

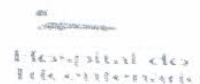


ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO -
 CAIXA POSTAL: 70.540
 CEP: 01156-970
 SÃO PAULO - SP

55227299841193470233

CNPJ: 28.196.889/0001-43





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 O₂: %

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





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 SOFREU 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 AVULSÃO DE TAT ANTIGA, PRESENÇA DE SINAIS DE ARTROSE POSTRAUMÁTICA E MATERIAL DE SÍNTESE 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 O₂: %

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





SECRETARIA DE SAÚDE
DE PERNAMBUCO

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.: 2/2

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

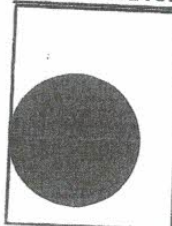


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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



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:

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

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- 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





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 528545

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

Senha da Classificação:

0013

Paciente: 121249 SEVERINO LOPES LEITE

Sexo: MASCULINO

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

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: REGINA LOPES LEITE

Nome do Pai: JOSE ALBINO LEITE

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

CRM: 13526

Endereço: RUA ALTO JOSE LEITE

-- LIVRAMENTO

43

Bairro: MATRIZ

Cidade/UF: VITORIA DE SANTO ANTAO

PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade): 5775757

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 999203646

Cartão SUS: 702303129355713

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

trauma joelho (E)

Exame Fisico

Dor a mobilização

Diagnóstico

Fract. TAT?

Conduta Terapeutica

TC joelho (E)

Prescrição Médica

Intervenção Heimth

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 528602

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

Usuário do Atendimento: DAYENESS

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 Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 5775757

SDS PE Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 702303129355713

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA ALTO JOSE LEITE

43 MATRIZ

Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

PE

CEP: 55602970

Fone: 999203646

DADOS DO ATENDIMENTO

Item: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 05

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, 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: melhorado

Diagnóstico: fratura TAT

Procedimento: fixação

Alta em: 19/10

Médico e C.R.M.: Dr. Marcelo Machado

Responsável pela retirada do paciente - Nome: Dr. Marcelo Machado

Assinatura e R.G.: _____

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Wendell R. Silva
Assistente Adm. I
SAME - Patrimônio

CCIH
17/10/2019



Dr. Homero Rodrigues

CRM 13526

ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Dr. Marcelo Machado
Ortopedia - Traumatologia
CRM 16548

Seus Lopes Tech.

ANTONIO

HOT - Amulher

5-pm. pul. an h

Al. Nery Tenogyl

Jal Lte

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: Guilherme Lopes Leite Registro: 5 Data da avaliação: 17/10/19

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instrução verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. □	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	4
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: 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.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: 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.	4
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	4
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: 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 laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	4
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: 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 reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: 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.	3. Nenhum problema: 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.		3

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

Pontuação Total 22



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Severino ICDA IGJTG Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Fm3 - Jce1HC @

História da Doença Atual:

Cucumimhener Dr Benz

Interrogatório Sintomatológica:

Dr Jce1HC





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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 121249

Nome: SEVERINO LOPES LEITE

Mãe: REGINA LOPES LEITE

End.: RUA ALTO JOSE LEITE

Enferm.: LEITO 05

Atendimento: 528602

Leito: 541

Dt. Cad: 17/10/2019

Dt. Nasc: 28/09/1978

Bairro: MATRIZ

Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAC

CNS: 702303129355713

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

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

negativa

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

- ☒ 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?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *T.T. arvore Frat. Plasto Tiliol*
- ☐ 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

Fabíola M. Pereira Alexandre
COREN-PA 74.214-ENF



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Severino Lopes Leite DATA NASC: 28/09/78
REGISTRO: 121249 DATA: 31/10/19 HORA: 09:30
SETOR DE ORIGEM: VMD SETOR DE DESTINO: BC

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

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro Araújo Melo
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____



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 ANTERIOR DE JOELHO ESQ
5. PASSAGEM DE FIO PERCUTANEO
6. REDUÇÃO INDIRETA SOBRE CONTROLE RADIOSCÓPICO, FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS CANULADOS 4,5 MM
7. TESTES OK
8. CONTROLE RADIOSCÓPICO
9. FECHAMENTO POR PLANOS

achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR		FICHA DE ANESTESIA		Data: 18/10/19	Acomodação:
Paciente: <u>Juliana de Albuquerque Magalhães</u>				Sexo:	Cor:	Idade: 41	Risco:
Nome do Anestesta: <u>Dr. Jorge</u>				Nome do Cirurgião:			
CRM: <u>8040</u>				Urgência: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			
Medicação Pré-anestésica:							
Cirurgia: <u>Tort. univ. fud Tibia F.</u>							

Horário	Drogas Usadas	Quantidade
O ₂ N ₂ O Jidos SaO ₂ ETCO ₂ ECG 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 Anotações	Propofol 50ml Dma 60ml efegoline 20ml Nifedipina 20ml	15ml 60ml 20ml 20ml
Técnica Anestésica: <u>Baculi h3 he mel, 5ml, apulhe 28 puer, 2ml + Sedarol, Dma</u>		

Monitorização <input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> PNI <input checked="" type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Swan-Ganz <input type="checkbox"/> Analisador Gases <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus	Encaminhado <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Intubado Destino <input checked="" type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> Apart/Enf. <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Externo	Intercorrência: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Descrever: Observações:
---	--	--	---

Tereza C. Silva
Médica
CRM 4019

Assinatura de Anestesta



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Saverino Lopes Leite Data: 18/10/19 Hora: 07:05 Registro: 121249
Convênio: SUS Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Flávio Rodrigues Anestesiologista: Dr. Tereza
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Jaqueline

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: 4. Cirurgia Prática de Tórax e Início: 09:00 Término: _____
Anestesia: Regida + Sedativa Início: 08:45 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (☒) Regular () Grave
Nível de Consciência: (☒) Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: (☒) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim (☒) Não
Chegou no CC em uso de: _____

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal (☒) Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim () _____

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (☒) Monitor Cardíaco (☒) PNI (☒) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico (☒) Artoscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico (☒) Local da Placa gargal
Carro de Anestesia (☒) Diprofusor () Intensificador (☒) N° () _____
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não (☒) Punção Venosa: Sim () Não (☒)
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (☒) Sonda Gástrica: Sim () Não (☒)
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não (☒)
Curativo (Tipo e Local): Sim (☒) Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Medicamentos na ficha de CIRURGIA: _____
Anestesia _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () - Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (☒) S. IntensivaA () LICOR () UTI () Apt° () Residência ()

Data: 18-10-19 Hora: _____ Enfermeira: Fabíola Circulante: Jaqueline

CÓD. 38607





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

2-05

1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: SAMUEL LOPES Leito data: 18/10/19 Hora: 09:40 Registro: 123240
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 11 em. Fratura distal de tibia e
Tipo de anestesia: Rodril + sedação
Equipe: Dx. Homero Rodrigues Anestesista: Dr. Tereza

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave°
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

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	09:55	10:10	10:40	11:10	11:40	
PA	114x63	118x70	121x87	122x77	135x84	
FR	30	18	18	17	16	
FC	50	56	86	78	81	
SaPO2	98	96%	96%	98%	100%	
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: _____

Médico: M. da S. Sales
Cód. 38398

CÓD: 38398



Nome: Severino Lopes Leite Registro: 191249 Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: Frat. Plato Tibial 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	
2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<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	
3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado	<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"/> 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	
4. Dor () Local: _____ <input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<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	
6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> Local: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Severo	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <u>55/35</u> h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<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	



**CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nome: Silvino Lopes Leite Registro: 121249
Clínica: OTO Enfermaria: SAPA Leito: _____
Sexo: M Peso de admissão: _____ Kg Peso Atual: _____ Kg

Hipótese Diagnóstica:

HORA: _____ PLANTÃO DIURNO: _____ DATA: 18/10/19

Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: _____
Curativo: (☒) Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim (☒) Não Local: _____
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Aspecto: _____

Observações:

Paciente consciente, orientado, curativo realizado, medicação
conforme prescrição médica. Segue os cuidados de enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem:

HORA: 20:00 PLANTÃO NOTURNO: par DATA: 18/10/19

Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: _____
Curativo: (☒) Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim (☒) Não Local: _____
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Aspecto: _____

Observações:

paciente evolui estado geral regular consciente
curativo eupneico normotensão arterial acordado
sem a dieta no momento conforme a
prescrição médica.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Suavina Lopes Leite Data: 28 / 10 / 19 Registro: 121249
Convênio: 005 Leito: _____ Hora: 07:05

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Gustavo Rodrigues 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Tereza Instrumentador: Janeiro
Circulante: Juliana

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
LAP L Punho de Fero 1 Kit Anestesia 1 CADOCEL		
MMII 1 Caneta listria 1 Faixa de papel		
Soro 1 Mato straight 1 Fio rushon		
Ex. cancelado 4/5 Ricardinho 1		

SACO DE BLOCO

NDH

LOTE: 30.001.147

EST: 06/10/2019

VAL: 06/10/2020

PLASMA P.H

RESP TECNICO

RICARDO LEITE

COREN: 342.739

UNIESTER



78942811

CÓD. 38236

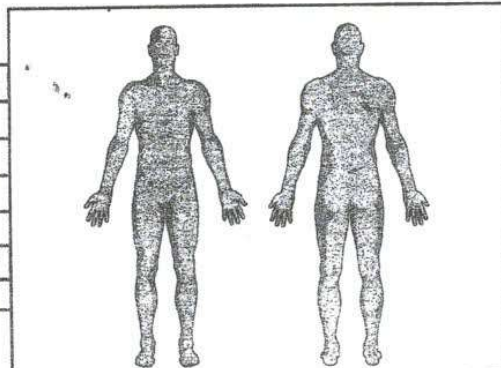


CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 07:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	<u>Silvina Lopes Leite</u>
Data de Nascimento:	<u>18/09/78</u>
Registro:	<u>121144</u>
Setor:	Leito:

SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		



ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	MEDICAÇÃO EM USO:	
DIABÉTICO:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	MEDICAÇÃO EM USO:	
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Há quantos anos:	Qtd/dia:
	ETILISTA: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Há quantos anos:	Qtd/dia:

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	RX <input type="checkbox"/> TAC c/ Contraste <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/>	LABORATORIAL:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	TAC s/ Contraste <input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> CATE <input type="checkbox"/>	Observação:	
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Risco Cirúrgico:	
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	GRUPO SANGÜINEO:	
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual? UTI:	LEITO:

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM <input type="checkbox"/> QUAL:		SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/>
NÃO <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO:		SVD <input type="checkbox"/>
		Outra:
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO
SIM <input type="checkbox"/> QUAL:		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
NÃO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO:		Qual:
		Local:
SIM <input type="checkbox"/> QUAL:		
NÃO <input type="checkbox"/> HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	A partir do dia: <u>17/10/19</u> às: <u>21:00</u>	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Observação:	
TRICOTOMIA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	Observação:	
RETIRADO ADORNOS:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> Quais/Datas: <u>hirculo E, femur E, joelho E</u>		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM <input type="checkbox"/> Quais/Datas:		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO:	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO:
	NÃO <input type="checkbox"/>		

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

Araceli Melo
CORELPE 004.167-ENF

CÓD. 38404



PACIENTE:	Gervana Lopes Leite			DATA:	18/10/19
CIRURGIÃO:	Dr. Homero Rodrigues			RG:	121249
ANESTESISTA:	Dr. Ferezz			AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	H. Cirurgião Fratura Malasano de Tibia e			ANESTESIA:	Relaxante + sed
ESTRUMENTADOR:	Lourival			COORDENAÇÃO DO SETOR:	Ruana
CIRCULANTE:	Lourival			COFEN:	
ENFERMEIRA:	Fabrício			HORARIO INICIAL:	07:05
				HORARIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

KHER			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 32	TORAX 32	TORAX 36
ENDOTRAQ			
ENTERAL 10	ENTERAL 20		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ 2,5	ENDOTRAQ 2,5	ENDOTRAQ 3,0
ENDOTRAQ 3,5	ENDOTRAQ 4,0	ENDOTRAQ 4,5	ENDOTRAQ 5,0
ENDOTRAQ 5,5	ENDOTRAQ 6,0	ENDOTRAQ 6,5	ENDOTRAQ 7,0
ENDOTRAQ 7,5	ENDOTRAQ 8,0	ENDOTRAQ 8,5	ENDOTRAQ 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 8	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOES CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 2-0	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2-0	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5-0	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 2-0	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	SEALANT 360	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 4	ACO 4	ACO 6

CÓD. 384



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Sedevino Lopes Leite Registro: 121249
Clínica: HHA Enfermaria: B-C Leito: —
Sexo: M Peso de admissão: — Kg Peso Atual: — Kg

Hipótese Diagnóstica:

HORA: 08:00 PLANTÃO DIURNO: unpa DATA: 19/10/19
Estado Geral: ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo
Dieta: ☒ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico
Acesso Venoso: ☒ Periférico ☐ Central Local: —
Curativo: ☒ Sim ☐ Não Local: —
Drenos: ☐ Sim ☐ Não Local: —
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: —
Observações: Paciente sem intercorrência aceitando
dieta conciliando o sono SSU estas
segue aos cuidados da enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Adriane S.

HORA: — PLANTÃO NOTURNO: — DATA: —/—/—
Estado Geral: ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo
Dieta: ☐ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ SML ☐ SOG ☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório: ☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico
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: Severino Lopes Leite DATA NASC: 28/09/1978
REGISTRO: 192949 DATA: 18/10/19 HORA: 15
SETOR DE ORIGEM: 132.900 SETOR DE DESTINO: 132.900

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Consciente, orientado, colabora</u> HGT: <u>70</u> PA: <u>134 x 95</u> Pulso: <u>72</u> Temp: <u>36</u> FR: <u>15</u> Oximetria: <u>99</u> 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 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 type="checkbox"/> Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Prognóstico: <input type="checkbox"/> Agudo <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 type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outros: _____ Grau de Complexidade: <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Semi Crítico <input type="checkbox"/> Alta dependência <input type="checkbox"/> Intermediário <input checked="" type="checkbox"/> Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Coletado <input 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: <u>Quarto</u> Isolamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____



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

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, compreendi 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 Leite
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 ____ de ____

Homero Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13526

Assinatura / Carimbo do médico

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



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

Confirmando que recebi explicações, compreendi 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: Seráquina Lopes Costa RG: _____
Data de nasc.: 28/09/78 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, 30 de Outubro de 20 19.

Seráquina Lopes Costa
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 _____ de 20 _____.

Tereza C. Silva
Assinatura do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54310-000
Fone: 3183-0000



Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Severino Lopes Leite Registro nº 121249
Idade: 41 Sexo: M Data da Admissão: 17/10/19 Data da Alta: 19/10/19

Diagnósticos Definidos: frat. da TAT (E)

Conduta / Procedimentos Realizados: fraturas e parafusos
comulados

Prescrição para o Domicílio: curativo

Informações Complementares:

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

Dr. Marcelo Machado
Ortopedia - Traumatologia
CRM 16546

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder 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 Nº. 20E0154000129

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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: REDENÇÃO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL

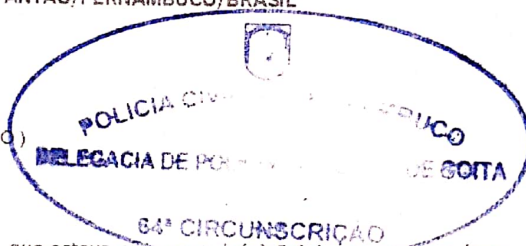
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)

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 ANTAO / 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 ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO 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

Glória / COT / Identificação / Informação

Digitalizado com CamScanner

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 MANOBRAS 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 Lopes Leite
SEVERINO LOPES LEITE
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Severino Evaldo do Nascimento* - Matrícula: 159.816-3

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



06/03/2020

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)

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 para parecer final e 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 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	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/TCZoON6rOyy7yJ9nLUkWa;api_key=y+j2M6vLMwe__4v9TOuYJ0IGjbDiv9SWDzxj1uHFO3Mc=)
14/02/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tif2R3ENP1f+56OmNzEc;api_key=y+j2M6vLMwe__4v9TOuYJ0IGjbDiv9SWDzxj1uHFO3Mc=)



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, suplantando, 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, intinem-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 oportuno, 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: 20060217201024000000061746735

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 – 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 transcrito 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, suplantando, 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, intem-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 oportuno, 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".

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





AVISO DE
RECEBIMENTO

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 SEGUADORA 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

1

CITAÇÃO/INTIMAÇÃO Seção A da 31ª Vara Cível da Capital

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 LIVRACION

26/08/20

CARIMBO DE ENTREGA
UNIDADE DE DESTINO
BUREAU DE DESTINATION

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO
RECEBEDOR / ÓRGÃO EXPEDIDOR

RUBRICA E MAT. DO EMPREGADO /
SIGNATURE DE L'AGENT

85064416

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.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111612173156900000069667577>

Número do documento: 20111612173156900000069667577



AVISO DE
RECEBIMENTO
AVIS CN07

AR

DY 28740376562



DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT

19 AGO 2020

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON

: h

: h

: h

PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR

JURETORIA CIVIL DE 1º GRAU DA CAPITAL
FÓRUM DESEMBARGADOR RODOLFO AURELIANO, 1º ANDAR
AV. DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/Nº
CIDADE / LOCALITE LINA JOANA BEZERRA RECIFE/PE CEP: 50.080-900

UF

BRASIL
BRÉSIL

ENDERECO PARA
DEVOLUÇÃO
RETOUR

--	--	--	--	--	--	--	--

