



Número: **0079426-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CELIO ROBERTO DOS SANTOS (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72535761	15/12/2020 11:34	Petição Inicial	Petição Inicial
72535779	15/12/2020 11:34	CELIO ROBERTO_compressed-1-7	Documento de Comprovação
72535781	15/12/2020 11:34	CELIO ROBERTO_compressed-8-13	Documento de Comprovação
72537132	15/12/2020 11:34	CELIO ROBERTO_compressed-14-17	Documento de Comprovação
72537133	15/12/2020 11:34	CELIO ROBERTO_compressed-18-22	Documento de Comprovação
72542148	15/12/2020 21:46	Despacho	Despacho
73793781	20/01/2021 10:30	Contestação	Contestação
73796632	20/01/2021 10:30	2779435_CONTESTACAO_01	Petição em PDF
73796634	20/01/2021 10:30	ANEXO 1	Outros (Documento)
73796635	20/01/2021 10:30	MAPFRE DOCUMENTAÇÃO ATUAL 1	Outros (Documento)
74086479	26/01/2021 09:25	Certidão	Certidão
74087804	26/01/2021 09:32	Intimação	Intimação
74087805	26/01/2021 09:32	Intimação	Intimação
74231276	28/01/2021 11:42	Resposta	Resposta
75112053	12/02/2021 13:05	Despacho	Despacho
75283258	16/02/2021 10:27	Certidão	Certidão
75285941	16/02/2021 10:40	Intimação	Intimação
75285942	16/02/2021 10:40	Intimação	Intimação
75285943	16/02/2021 10:40	Intimação	Intimação

76202396	03/03/2021 10:32	Diligência	Diligência
76204587	03/03/2021 10:32	INTIMAÇÃO POR MEIO ELETRÔNICO DE CÉLIO ROBERTO DOS SANTOS	Documento de Comprovação
76605983	09/03/2021 18:24	Outros (Petição)	Outros (Petição)
77853512	30/03/2021 14:23	Petição	Petição
77853520	30/03/2021 14:23	2779435_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_01	Petição em PDF
77853521	30/03/2021 14:23	ANEXO 1	Guias de Recolhimento / Depósito / Custas
77853522	30/03/2021 14:23	ANEXO 2	Guias de Recolhimento / Depósito / Custas
78105249	05/04/2021 20:31	Outros (Documento)	Outros (Documento)
78105253	05/04/2021 20:31	0079602-08.2020.8.17.2001	Laudo Pericial
78105263	05/04/2021 20:39	Outros (Documento)	Outros (Documento)
78105265	05/04/2021 20:39	0079426-29.2020.8.17.2001	Laudo Pericial
78683016	14/04/2021 15:15	Petição	Petição
78683019	14/04/2021 15:15	2779435_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF
79953299	05/05/2021 13:11	Intimação	Intimação
81407591	27/05/2021 23:11	Resposta	Resposta
83151118	29/06/2021 10:53	Petição	Petição
83151119	29/06/2021 10:53	2779435_PET_PROSSEGUIMENTO_DO_FEITO_01	Petição em PDF
86050776	12/08/2021 10:59	Sentença	Sentença
89548056	29/09/2021 11:59	Intimação	Intimação
89760430	01/10/2021 11:18	Outros (Petição)	Outros (Petição)

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE - PERNAMBUCO

CELIO ROBERTO DOS SANTOS, brasileiro, casado, policial, portador do RG nº35369 e CPF nº 376.885.374-87, residente a Rua São Bartolomeu, nº03, Nova Descoberta, Escada/PE, vem, à presença de V. Exa., por sua advogada infra-assinada, com endereço profissional constante no instrumento procuratório, em anexo, com fulcro na Lei 8.441/92 que deu nova redação à Lei Federal 6.194/74 e nos demais dispositivos legais que regem a matéria, promover

**AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTO DE SEGURO DPVAT
(PROCEDIMENTO COMUM)
Art. 318 NCPC**

Contra **MAFRE SEGUROS**, inscrita no CNPJ n. 61074175/0005-61, situada à Av. Domingos Ferreira, 4060 – sala 05,06,07 – térreo – Boa Viagem – Recife - PE, CEP. 51021-040, pelo que declara e passa a expor:

PRELIMINARMENTE

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Inicialmente, a parte autora afirma que não possui condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual faz em jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do artigo 4º da Lei 1060/50, com redação introduzida pela Lei 7510/86.

DO REQUERIMENTO PRELIMINAR- DO CONVÊNIO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Consoante se observará dos documentos carregados a inicial, pode-se verificar que não há nos autos Laudo capaz de atestar o grau de debilidade/incapacidade alegada. Razão pela qual, se pugna pela a realização de perícia médica, conforme já detalhado no rol de pedidos.

Em contra partida, considerando o acordo firmado entre o TJ/PE e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, por meio do Ofício de nº 005/2015, restou fixado o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), suportados pela parte Demandada, para a realização de Perícia Médica, através dos médicos conveniados.

Portanto em consonância com o acordo acima descrito, vem requerer e em sede, preliminar a nomeação do perito judicial, para a realização da perícia médica, onde poderá quantificar o grau da debilidade suportada pelo autor, enquadrando assim nos termos da lei que rege a matéria em discussão, dando celeridade ao deslinde da lide, como também a possibilidade de uma conciliação entre as partes, após a realização da referida perícia.

DOS FATOS

01. No dia **21 de Novembro de 2019**, o autor foi vítima de acidente automobilístico, sofrendo lesões corporais onde, em atendimento médico fora constatado **UMA SÉRIE DE LESÕES GRAVES**, que resultou em **DEBILIDADE PERMANENTE**, conforme boletim de ocorrência e perícia médica, em anexos.

02. Sendo o autor, vítima de acidente automotor, atrai a aplicação da Lei 6.194/74 (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoa transportada ou não); conforme art. 3, alínea “b” .que dispõe:



“Art. 3º. Os danos pessoais coberto pelo seguro estabelecido no art. 2 compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que seguem, por pessoa vitimada:

(...)

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

03. Há de ser ressaltado que foi requerido administrativamente a liberação da INTEGRALIDADE do valor da indenização do seguro DPVAT, **por invalidez PERMANENTE, SENDO PAGO** administrativamente o valor de R\$2.362,50 (Dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)

04. No caso em tela, o laudo médico atesta **DEBILIDADE PERMANENTE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO** de acordo com a tabela instituída pela **Lei nº. 11945/2009**, o percentual a ser pago é de 70% (Setenta por cento) de R\$13.500,00(treze mil e quinhentos reais) equivale a R\$9.450,00 (Nove mil quatrocentos e cinquenta reais), caberia ao autor receber ainda o complemento de R\$7.087,50 (Sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) equivalente aos 70% (setenta por cento) menos o valor recebido administrativamente.

DO DIREITO:

05. Outrossim, convém trazer a baila, demonstração da mais pacífica jurisprudência a respeito da pretensão em comento. Senão vejamos:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APELAÇÃO CÍVEL 7656/95 - Reg. 46-2 Cod. 95.001.07656 SEXTA CÂMARA - Unânime Juiz: RONALD VALLADARES - Julg: 12/12/95 INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. D.P.V.A.T. Ação de cobrança de indenização securitária (caso do DPVAT sob a disciplina do art. 7. da Lei n. 6194/74, com as alterações da Lei 8441/92) Seguro obrigatório e de interesse social. Requerente sucessor legítimo de vítima de acidente (queda de caminhão) ocorrido quando estava sendo transportada em veículo automotor em circulação. Caso de morte causada apenas por veículo não identificado. Dever legal da companhia seguradora, que opera no ramo do referido seguro obrigatório, de indenizar, considerado o disposto no art. 7., parags. 1. e 2. , da Lei 6194. Requisitos e condições da ação comprados nos autos. Inexistência de inconstitucionalidade dos dispositivos legais instituidores da modalidade indenizatória do seguro.

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APELAÇÃO CÍVEL 6208/96 - Reg. 3628-3 Cod. 96.001.06208 TERCEIRA CÂMARA - Unânime Juiz: ANTÔNIO JOSÉ A. PINTO - Julg: 19/09/96 COBRANÇA. QUANTIAS INDENIZATORIAS. SEGURO DPVAT. Ação de cobrança de quantias indenizatórias a título de seguro obrigatório - DPVAT. Pedido indenizatório que se fez correto, de acordo com a Lei 6194/74, modificada pela Lei 8441/92. Responsabilidade da seguradora ora apelada, que, inclusive, não nega o dever de indenizar a autora, apenas, divergindo quanto ao valor cobrado. A existência do consórcio de empresas seguradoras tornou possível reclamar-se a indenização de qualquer uma das empresas conveniadas. Apelo da ré que se da provimento para reformar a sentença de primeiro grau.

06. No que concerne ao posicionamento do **Superior Tribunal de Justiça**, há de ser posto o seguinte:

SÚMULA n. 229: O pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão



SÚMULA n. 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização.

QUARTA TURMA. DPVAT. SALÁRIOS MÍNIMOS. Discute-se o valor da cobertura correspondente ao seguro obrigatório-DPVAT, em razão de atropelamento fatal que vitimou a esposa do autor. A Segunda Seção, por maioria, decidiu que a fixação da cobertura do DPVAT em salários mínimos não infringe a legislação, porquanto se cuida de mero critério indenizatório, de cunho legal e específico dessa natureza de cobertura, sem característica de indexação inflacionária. A jurisprudência inclinou-se em considerar como não representativo de quitação total o recibo dado em caráter geral, para afastar um direito que é assegurado por força de lei ao credor, caso do DPVAT (art. 3º, a, da Lei n. 6.194/1974). Precedentes citados: REsp 129.182-SP, DJ 30/3/1998; REsp 195.492-RJ, DJ 21/8/2000, e REsp 257.596-SP, DJ 16/10/2000. [REsp 296.675-SP](#), Rel. Min. Aldir Passarinho Junior, julgado em 20/8/2002.

07. Assim sendo, não resta outra alternativa ao autor, senão ingressar com a presente ação, afim de receber o valor correspondente ao complemento do seguro DPVAT, calculados com base no valor da data da efetiva liquidação.

DOS PEDIDOS:

Diante de todo o exposto, pede e requer se digne V.Exa. o seguinte:

- - Autorizar os benefícios da **assistência judiciária gratuita**, consoante Lei Federal n. 1.060/50 por ser o Autor pessoa pobre na acepção jurídica do termo, conforme declaração inclusa;
- - A citação da Ré, sendo designada **audiência** devendo, a Requerida, **apresentar resposta à presente ação**, sob pena de revelia;
- - **Que o INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL seja oficiado para realizar perícia no autor e fornecê-la no prazo designado por V. Exa., informando ao juízo o grau de debilidade no percentual de 0 a 100% (cem por cento);**
- - **JULGAR PROCEDENTE** a presente demanda em todos os seus termos, com a condenação da Requerida ao pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, relativo ao **COMPLEMENTO** da indenização, o que atualmente perfaz a quantia de R\$7.087,50 (Sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) com juros de 1% a.m. contados desde a data do acidente e atualizados à data da efetiva liquidação, com fulcro no Art. 3, alínea “b”, da Lei n 6.194/74;
 - €
 - Que seja, acolhido o pedido preliminar, qual seja, a submissão da parte Autora à realizar perícia médica, em que o perito credenciado, informe a este MM Juízo o grau de debilidade no percentual de 0 a 100% (cem por cento).



Consoante aos procedimentos estabelecidos no acordo firmado entre o TJ/PE e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, por meio do Ofício de nº 005/2015.

- - Que **NÃO** tem interesse na audiência de conciliação ou Mediação, uma vez que a parte demandada, não celebra acordo caso não haja perícia realizada no autor.
- - Condenar a Ré a pagar **honorários advocatícios** no importe de 20% (vinte por cento) sob o valor da causa.

Protesta e requer provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente pelos documentos que acompanham a Inicial.

Dá-se à causa o valor de R\$7.087,50 (Sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)

Pede e espera deferimento.

Recife,

15 de Agosto de 2020.

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Advogado – OAB/PE 18.789



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Celso Roberto dos Santos
Rua São Bartolomeu, nº 03, Nova Descoberta
Escada IPE

OUTORGADA; Viviane Evangelista de Souza Alves, brasileira, advogada, inscrita na OAB-PE 18.789, com endereço profissional na Rua do Riachuelo nº 189, Sala 1201, Boa Vista, Recife-PE, CEP

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processos, desarquivar processos, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

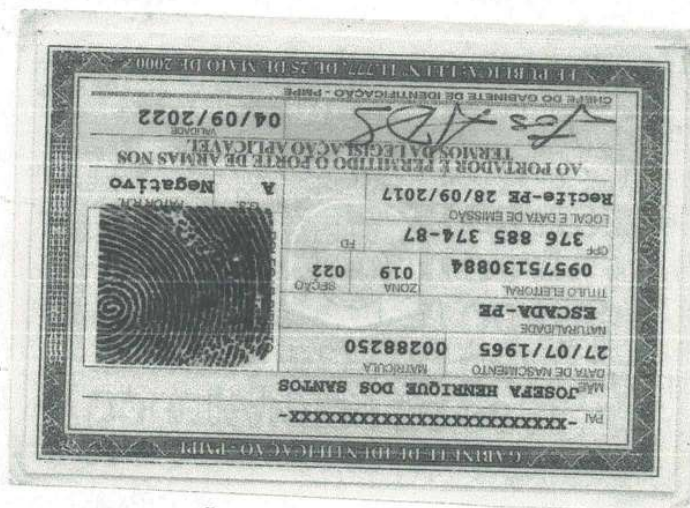
CONTRATO DE HONORÁRIOS; O autor se compromete a pagar pelos serviços prestados a advogada ora constituída o percentual de 30% sobre o valor recebido bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido da decorrente da ação, tanto judicial quanto extrajudicial, autorizando a retenção do referido percentual quando da expedição do alvará.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, _____
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife, 07/07/2020

Celso Roberto dos Santos





ATENDIMENTO: RUA BR DE SUASSUNA ~~1111~~ 10048 - CASA A - CE
NTRQ. ESCADA PE 55500-000

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA BR DE SUASSUNA ~~1111~~ 10048 - CASA A - CE
NTRQ. ESCADA PE 55500-000

DADOS DO CLIENTE
CELIO ROBERTO DOS SANTOS
R S BARTOLOMEU, N. 00003 - NOVA DESCUBERTA ESCADA PE 55500-000

MATRÍCULA: **8458758**
Mai/2020

INSCRIÇÃO: 052.415.805.1983.000 GRUPO: 9 DEE. AUTOMÁTICO: 008458758

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
		RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL
		1	

HIDRÔMETRO
A11F135726

DATA LEIT. ANTERIOR
02/05/2020

DATA LEIT. ATUAL
02/06/2020

TIPO DE CONSUMO (A/E)
MEDIA HD

ÁGUA:-
LEIT ANT: 640
LEIT ATU: 640
LEIT FAT: 650

CONSUMO: 6
TAXA MINIMA

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDE A LEGIS
TURBIDEZ	38	38	36
COR APARENTE	38	38	34
CLORO RESIDUAL	38	38	38
COLIF. TOTAIS	38	38	37
E. COLI	38	38	38

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	44,08

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 25/06/2020

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:



SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE SUSTENTÁVEL



Declaro que o paciente Celio Roberto dos Santos deu entrada neta unidade hospitalar no dia vinte e um de novembro de dois mil e dezenove (21/11/2019), vítima de um acidente de trânsito. Onde o mesmo foi transferido para o hospital Dom Helder Câmara.

Atenciosamente,

Escada, 04 de fevereiro 2020.

Maria José de Barros Neri
Gerente do Hospital Regional
19/02/2020 - GP

Maria José de Barros Neri

Gerente Administrativa do Hospital Regional





Jailson Lapenda L. da Silva
Comissário de Polícia
Mat. 350.755-6

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA - DP63ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **20E0153000002**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/01/2020** às **09:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **21/11/2019** às **09:25**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE QUARENTA E CINCO, 1** - Bairro: **RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A MASSAUASSU**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)
CELIO ROBERTO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**

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

CELIO ROBERTO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **27/7/1965** Naturalidade: **ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **35369/PM/PE (RG), 37688537487 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **POLICIAL MILITAR** Telefones Celulares: **- 91808385**

Endereço Residencial: **RUA SAO BARTOLOMEU, 3 - CEP: 0** - Bairro: **NOVA DESCOBERTA - ESCADA/PERNAMBUCO /BRASIL**

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/FOX** Objeto apreendido: **Não**



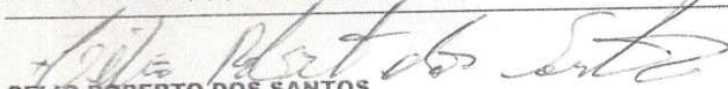
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PDW8754** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104618923** Chassi: **9BWAB45Z0F4054001**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP CELIO ROBERTO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA PE 45 QUANDO COCHILOU PERDENDO O CONTROLE DO SEU VEICULO VINDO A BATER EM UM CAMINHÃO QUE VINHA DO LADO CONTRARIO . QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ESCADA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. ATENDIDO COM PRONTUARIO 122319 PELO MEDICO IJACIEL SOARES CRM 17726, IGOR ABUTRAB CRM 27778 E ENFERMEIRA ALCINEIDE MENEZES COREN 256038. VITIMA COM FRATURA EXPOSTA OSSO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + PUNHO, LESÃO DE NERVO INTEROSSEO.

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


CELIO ROBERTO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por:  JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA - Matrícula: **350755-6**





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

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200084461

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

Recebedor: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000714-5

Conta: 000010025666-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

FONE. 91808385

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200084461

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15553510





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 4/12/2019 11:48

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: CELIO RORBERTO DOS SANTOS

REGISTRO: 21/11/2019

IDADE: 54

DATA ADMISSÃO: 21/11/2019

DATA ALTA: 04/12/2019

**EVOLUÇÃO CLINICA
ALTA ORTOPEDIA**

HD: FRATURA EXPOSTA OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

CD: LIMPEZA CIRURGICA

PCT EM BOM ESTADO GERAL. COM EDEMA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO + PUNHO, PRAXIA DE PUNHO. (LESÃO DE NERVO INTEROSSEO) FERIMENTO SEM SAÍDA DE SECREÇÃO.

NO MOMENTO SEM CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA TTO CIRÚRGICO. ALTA PARA RETORNO EM 15 DIAS. PARA SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO

EXAME FÍSICO:

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVOVASCULAR (+)

ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR CANEJO

- **CONDUTA :**
- **ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA**
- **ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMÍLIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO**
- **MEDICAÇÃO PARA CASA**
- **RETORNO AMBULATORIAL**
- **ATESTADO**
-

Dr. Igor Abutrab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27778





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 534708

Data e Hora do Atendimento: 21/11/2019 11:01

Usuário do Atendimento: GISELEMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Prontuário: 122319

Nome da Mãe: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 27/07/1965

Idade: 54 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: CASADO

RG:

Data Emissão:

CPF: 37688537487

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: ESCADA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA SAO BARTOLOMEU

3 CENTRO

Cidade: ESCADA

PE

CEP: 55500000

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM ESCADA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-4 C

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, 21/11/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

agnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

RAIO-X

DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
21/11/19	catavulco	1

H. Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Paciente / SAMB

10/12/2019



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/11/2019 10:44



Nome Paciente: CELIO ROBERTO DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/07/1965
Sexo: Masculino
Idade: 54 anos
Senha: 0017
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 21/11/2019 10:48 - 21/11/2019 10:51

ALCINEIDE MENEZES GAIÃO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM POSSÍVEL FRATURA EXPOSTA EM MSE; HAS-
DM-

Observação:

ENCAMINHADO DE ESCADA SENHA: 582731

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ALCINEIDE MENEZES GAIÃO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/11/2019 10:51

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Página 1 de 1



 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Elcio Roberto dos Santos</u>		Registro: <u>122319</u>	Leito: _____
Procedimento cirúrgico: <u>Fúndus externo MSE</u>		Data: <u>21/11/19</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input 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 sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar hora e valor de leitura da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros _____		
3. Padrão de eliminação urinária (<input type="checkbox"/> Diminuído) (<input type="checkbox"/> Aumentado)	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: (<input type="checkbox"/> Dor ao urinar) <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica (<input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea) <input type="checkbox"/> outros _____		
4. Dor (<input checked="" type="checkbox"/>) Local: <u>MSE</u> (<input type="checkbox"/> Leve) (<input type="checkbox"/> Moderada) (<input type="checkbox"/> Sévera)	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <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 type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades 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 a cada ____/____h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ____/____h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por 24h <input type="checkbox"/> Outros _____		
6. Sangramento (<input type="checkbox"/>) Local: <u>MSE</u> (<input type="checkbox"/> Leve) (<input type="checkbox"/> Moderada) (<input type="checkbox"/> Severo)	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros _____		
7. Imobilidade no leito prejudicada (<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manipular o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____		

CÓD. 38605



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Relis Roberto dos Santos</u>			Registro: <u>122319</u>		Leito: _____
Procedimento cirúrgico: _____			Data: <u>27/11/19</u>		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 type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros			
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros			
4. Dor <u>MSE</u> Local: _____ () Leve () Moderada () Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <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 type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> Outros			
5. Integridade tissular prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada ____/____h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ____/____h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24h</u> <input type="checkbox"/> Outros			
6. Sangramento <u>MSE</u> Local: _____ () Leve () Moderada () Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros			
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____			

CÓD. 38605



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR		FICHA DE ANESTESIA		Data: 27/11/19		Acomodação:					
Paciente: FELITO, ROBERTO, 1975, SANTOS						Sexo: M		Cor: Br		Idade: 54		Risco: Alto	
CRM: 07039		Nome do Anestesista: ARLAN, IOPRIGES				Nome do Cirurgião: CAMPELO							
Medicação Pré-anestésica:						Urgência: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM							
Cirurgia: Reforço de Fixação Extrema Proje E													

Horário: 16:30													
O ₂ :													
N ₂ O:													
Líquidos:													
SaO ₂ : 97%													
ETCO ₂ :													
ECG: 52													
240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20													
Anotações:													

Drogas Usadas	Quantidade
1) Aropalve	2g
2) Midazolam	15mg
3) Fentanyl	75µg
4) Desmetorfanol	15mg
5) Propofol	150ml
6) Desmetorfanol	10mg
7) Diprione	20g
8) Transadol	100
9) Ondansetron	4mg

Técnica Anestésica
1) Mantive a ventilação manual + suporte de ventilação 2) Se necessário 3) Oxiômetro nasal.

Monitorização		Encaminhado		Intercorrência: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> PNI <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> Elet. Pré-Cordial <input type="checkbox"/> Outros: AVP MSD novo		<input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Swan-Ganz <input type="checkbox"/> Analizador Gases <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus		<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	
Descrever:		Observações:			

H - Hospital Dom Helder Câmara
 Selange Lyra
 Faturamento / SAME
 Em: 10 DEZ 2019

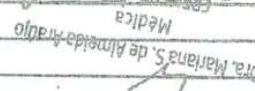
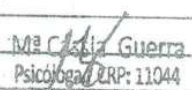

Assinatura do Anestesiista



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Celso Roberto Registro: _____

Clínica: 000 Enfermaria: 700 Leito: 205-1

Data/Hora	
	FF Duro
	29.11.19
	JOH
	Paulo Luiz urbiado Agudo
	FFO agudo. difuso
	CA Notado
	 Dra. Mariana S. de Almeida Araújo Médica
	Psicologia -
24.12.19	14:30hs
	Diante visita ao pct o encartado demonstrando
	melhorias, mas ainda precisa. Perto elaboração adequada
	de alta hospitalar.
	 M ^{te} Cláudia Guerra Psicóloga ZRP: 11044
	 H - Hospital Dom Helder Câmara Solange Lyra Faturamento / SAME Em: _____

CÓD. 38251



PACIENTE:	Felipe Roberto dos Santos			DATA:	27/11/19
CIRURGIÃO:	Dr. Leonardo Carneiro			RG:	122319
ANESTESISTA:	Dr. Carlos	AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	TTC Retiradas de fixador externo			ANESTESIA:	geral transeca
ESTRUMENTADOR:				COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana
CIRCULANTE:	Sneika			COREN:	
ENFERMEIRA:	Thais			HORÁRIO INICIAL:	
				HORÁRIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05

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	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05

DRENOS

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 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS

ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 16	ENDOTRAQ. 2,0	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 06	FOLEY 2VIAS 08	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 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20

FIOS CIRÚRGICOS

ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	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	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38407



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Cláudio Roberto dos Santos Data: 24/11/15 Registro: 122319
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 15:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Leonardo Pomejo 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Carlos Instrumentador: _____
Circulante: Onala

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
lap apote basico MMEI bandeja	blue → black STEAM blue → black STEAM	Chemdyne CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4 Multi-variable indicator STEAM Contents Initials Date Chemdyne CD29 Double strip ISO 11140-1 Type 4 Multi-variable indicator STEAM Contents Initials Date

CÓD. 38236





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 30/11/2019 10:10

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS		
ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE (**
PRAXIA DE NERVO INTEROSSEO

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Abutran
Médico (CRM-PE 27)

30 NOV 2019





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 3/12/2019 11:30

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS			
	ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE (**
PRAXIA DE NERVO INTEROSSEO

1)EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Abutrab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27778





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 28/11/2019 12:04

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS			
	ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE (**
PRAXIA DE NERVO INTEROSSEO

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Abuchah
Médico Especialista em Traumatologia
28 NOV. 2019





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 26/11/2019 11:56

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS			
	ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE**

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVOVASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Rê
Médico / CRM-PE 17
20 NOV 2019



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Celso Roberto da Souta

40501
Registro: 122319

Clínica: _____ Enfermaria: Bloco Leito: _____

Data/Hora	
22/11/19	# Serviço Social
08:40	Realizado atendimento social a Jha. Oriana (esposa). Foram apresentadas queixa quanto aos direitos dos usuários do SUS, Seguro DEPUAT e fluxo hospitalar.
	UF - Hospital Dom Helder Câmara
	Solange Lyra
	Faturamento / BAME
	Ass: _____
	Hospital Dom Helder Câmara
	Janaína O. Santos Calval
	Coordenadora Serviço Social
	25 de 11 de 2019
	122319

CÓD. 38251





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

Seção A da 2ª Vara Cível da Capital

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

Processo nº **0079426-29.2020.8.17.2001**

AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DESPACHO

V.

Defiro a gratuidade da Justiça.

Considerando a necessidade de perícia antecedente a audiência de conciliação, reputo prejudicada a realização de audiência prévia.

Cite-se a parte promovida para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis (art. 335, CPC/2015), ofertar resposta aos termos da ação, sob pena de revelia e confissão quanto à matéria fática (art. 344, CPC/2015). A fim de sanar qualquer dúvida, o termo inicial do prazo para contestação será a data de juntada do A.R. positivo aos autos.

Cumpra-se.

Recife, 15 de dezembro de 2020

JULIO CEZAR SANTOS DA SILVA
Juiz de Direito



CONTESTAÇÃO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00794262920208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/11/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 02/01/2020.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/11/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

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

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de janeiro de 2021.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00794262920208172001.

Rio de Janeiro, 19 de janeiro de 2021.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





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

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200084461

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15553510

Pag. 00291/00292 - carta_01 - INVALIDEZ

00020146





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

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200084461

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CELIO ROBERTO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01873/01874 - carta_03 - INVALIDEZ

00060937



Carta nº 1559658





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

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200084461

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000714-5**

Conta: **000010025666-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01603/01604 - carta_15R - INVALIDEZ

00010802



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do símbolo ou ASI: 376.885.374-84 3 - CPF da vítima: 376.885.374-84 4 - Nome completo da vítima: Celio Roberto dos Santos

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

5 - Nome completo: Celio Roberto dos Santos 6 - CPF: 376.885.374-84
7 - Profissão: peixeiro 8 - Endereço: Rua São Beneditino 9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Escada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.500-00
15 - E-mail: (88) 99744044

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0719 5 CONTA: 25.866 8 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: 30 - Vítima deixou esposo(a) ou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido a quem a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

40 - Local e Data: Escada 13. Junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

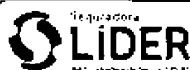
CPF:

Assinatura da testemunha

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro do AS: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0749 55 CONTA: 25666 8 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a seguradora Lider a registrar na conta bancária informada, de minha inteira anuidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu vier receber, renunciando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Sob pena de prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a uma perícia médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora, para verificação da existência e quantificação dos lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta assinatura não significa plena concordância com a futura avaliação médica, eu renuncio ao direito de contestar a avaliação médica, não discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos? ☐ Sim ☐ Falecidos: 30 - Vítima deixou natureza/variedade? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos? ☐ Sim ☐ Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que o(a) que omitir ou declarar não veracidade poderá gerar a utilização do ressarcimento valor devido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo, 09 de março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

LPS-001-V002/2019





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

Nº / ANO
L-2649/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA



SE PM - VIOLAR
NORMAS - ACIDENTE
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	ESCALA	Rodovia	PE-045	Km	
Ponto de Referência	USINA MASSAUASSU			Data	21/11/2019
Dia da Semana	QUINTA-FEIRA	Hora/Ocorrência	09:25	Hora/Cheg/Pr	09:45

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	COLISÃO	CHOQUE	CAPOTAMENTO	ENGAVETAMENTO
Pedestre	Longitudinal <input checked="" type="checkbox"/>	Poste/Árvore	TOMBAMENTO	OUTROS
Animal	Transversal	Muro/Casa	SAÍDA DE PISTA	
		Veic. Parado		

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	X
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	IDENT.	03	NÃO IDENT.	TOTAL	03

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO	CONDIÇÕES/VIA	CONDIÇÕES/TEMPO	PERÍODO/DIA	SEMAFORO
Longo da Via <input checked="" type="checkbox"/>	Seca <input checked="" type="checkbox"/>	Bom <input checked="" type="checkbox"/>	Manhã <input checked="" type="checkbox"/>	S/Defeito
Cruzamento	Molhada	Chuva	Tarde	C/Defeito
Outros	Enlameçada	Néblina	Noite	Destigado
	Oleada	Gareta	Madrugada	N/Existe <input checked="" type="checkbox"/>

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pare"	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
F Pedestre	Placa "Dê a Preferência"	Única	Faixa Contínua
F Retenção	Não há Placas	Dupla <input checked="" type="checkbox"/>	Canteiro Central
			Blocos
			Outros <input checked="" type="checkbox"/>

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2/V3	COMPORTAMENTO - V1/V2
Realizado no Local <input checked="" type="checkbox"/>	Permaneceu no local <input checked="" type="checkbox"/>
Fnc. Para Exame	Socorrido <input checked="" type="checkbox"/>
Não foi Realizado <input checked="" type="checkbox"/>	Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/>

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	Tomou Conhecimento
Natureza das Avarias	



XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162.I CTB)		Deixar de Prestar Inform.s' acud. (Art 176 V CTB)	
Conduzir Veic. ã Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens do Agente trãns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic.s' Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Laere Violado (Art 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influên. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vitima (Art 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa Ileg. (Art 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trãns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo. Determ. (Art 176 IV CTB)		Outras	

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

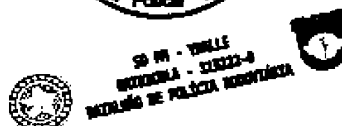
XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1 Reboque Efetuado	Policia Militar	Particular	Não Efetuado		
2 Comunicado a Delegacia de		ESCADA – 63º CIRC			Hora 16:30
Nome do Recebedor da Ocorrência		COMISSARIO ALEXANDRE			Matricula 273400-1
XVII – Responsável Pelo BAI	Posto/Grad	SGT PM	Matricula	30481-6	NOME NASCIMENTO
XVIII – Dignador da SSTA		SD PM YSALLE		Of. Chefe da SSTA	MAJ PM SWELLINGTON

CONFERE COM O ORIGINAL QUE
ME FOI APRESENTADO

DATA: 27 / 12 / 2019.

ASS: SD PM 112394-7 QUB



VIII - VEÍCULOS

QUANTO A TRACÇÃO - VI/V2		ESPECIE - VI/V2		CATEGORIA - VI/V2	
Automotor	VI/V2	Passageiro	V2	Oficial	
Elétrico		Carga	VI/V3	Representação	
De Propulsão Humana		Misto		Particular	V2
Reboque ou Semi-reboque	V3	Competição		Aluguel	VI/V3
		Tração Especial		Aprendizagem	

IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 01

Marca	IVECO	Modelo	S70538TN	Ano	2008/2009	Renavam	125753730	Placa	MGH-0943
Município		Nº do Chassis	93252MRH098804174						
Carregado		Apreendido		Liberado	X	Evadiu - se			
Proprietário	RODOVIARIO MONTE SERENO LTDA								
Residência					Bairro				
Município		Rg		Org. Exp	CNPJ	82.125.618/0001-42			
Condutor	JOSE ROBERTO GUEDES								
Residência		RUA MUSTARDA, 4150				Bairro	CURADII		
Município	JAB GUARARAPES	Rg	3113984	Org. Exp	SSP PE	CPF	499.188.264-87		
CNH/Pront / N°	02328940600	Categoria	E	Validade	21/09/2021	Hora/Dir	3H		

VEÍCULO - 02

Marca	VW	Modelo	NOVO FOX	Ano	2015	Renavam	1046189236	Placa	PDW-8754
Município	ESCALDA	Nº do Chassis	9BWAB45Z0F4054001			Veículo de Carga nº de Eixo			
Carregado	Apreendido			Liberado		X	Evadiu - se		
Proprietário	CELIO ROBERTO DOS SANTOS								
Residência	RUA SÃO BARTOLOMEU, 03					Bairro	NOVA DESCOBERTA		
Município	RECIFE	Rg	35369	Org. Exp	PMPE	CPF	376.885.374-87		
Condutor	CELIO ROBERTO DOS SANTOS								
Residência	RUA SÃO BARTOLOMEU, 03					Bairro	NOVA DESCOBERTA		
Município	RECIFE	Rg	35369	Org. Exp	PMPE	CPF	376.885.374-87		
CNH/Pront / N°	Categoria		Validade		Hora/Dir.				

VEÍCULO - 03

Marca	SR	Modelo	NOMA SR	Ano	2006/07	Renavam	900802626	Placa	MEQ-3598
Município	SANTA CATARINA		Nº do Chassis	9EF08153071000441		Veículo de Carga nº de Eixo			
Carregado	Apreendido			Liberado		X	Evadiu - se		
Proprietários	RODOVIARIO MONTE SENTENO LTDA								
Residência						Bairro			
Município			Rg	Org. Exp.		CNPJ	82.125.618/0001-42		
Condutor	VEICULO ATRELADO AO VI.								
Residência						Bairro			
Município			Rg	Org. Exp.		CPF			
CNH/Pront / Nº			Categoria	Validade		Hora/Dir			

TESTEMUNHA - 01

Nome				Idade	Sexo	Profissão
Residência				Bairro		
Município	UF	Rg		Org. Exp.	CPF	

VÍTIMA - 01

Nome	CELIO ROBERTO DOS SANTOS				Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil	CASADO	Idade		Sexo	M	Nacionalidade	BRA	Naturalidade	
Profissão	POL. MILITAR	Residência	RUA SÃO BARTOLOMEU, 03				Bairro	NOVA DESCOBERTA	
Município	RECIFE	UF	PE	Rg	35369	Org. Exp.	PMPE	CPF	376.885.374-87
Socorro	HOSP DOM HELDER				Município	CABO DE STO AGOSTINHO			
Dados Fornecidos Por	CELIO ROBERTO DOS SANTOS FILHO - F 81 99176-6657								
Residência	RUA SÃO BARTOLOMEU, N 03				Bairro	NOVA DESCOBERTA			
Município	RECIFE	UF	PE	Rg	6984895	Org. Exp	SDS PE	CPF	089.257.854-80



IV - SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas		Incêndio -	
Ônibus, Carrocinho ou Trator -		Marcha à Frente -	
Trem -		Marcha à Ré -	
Veículo de 2 ou 3 Rodas -		Derrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto fixo		Depois da Colisão -	

XIII - CROQUI

EM ANEXO



20 PM - VIOLLE
AUTOMOBIL - 215122-4
DEPT. DE POLÍCIA ROBERTICA



BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRAFEGO E ACIDENTE

ANEXO AO B.A.T. N°

I - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V3/V4		COMPORTAMENTO - V3/V4	
Realizado no Local		Permaneceu no local	
Enc. Para Exame		Socorreu a Vítima	
Não foi Realizado		Evadiu-se	

II - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - V3/V4		ESPÉCIE - V3/V4		CATEGORIA - V3/V4	
Automotor		Passageiro		Oficial	
Elétrico		Carga		Representação	
De Propulsão Humana		Misto		Particular	
Reboque ou Sema-reboque		Competição		Aluguel	
		Tração		Aprendizagem	
		Especial			

III - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 03

Marca	Modelo	Ano	Renavam	Placa
Município	Nº do Chassis			
Carregado	Apreendido	Liberado		Evadiu - se
Proprietário				
Residência			Bairro	
Município	Rg	Org Exp	CPF	
Condutor				
Residência			Bairro	
Município	Rg	Org Exp	CPF	
CNH/Pront / N°	Categoria	Validade		Hora/Dir.

VEÍCULO - 04

Marca	Modelo	Ano	Renavam	Placa
Município	Nº do Chassis			
Carregado	Apreendido	Liberado		Evadiu - se
Proprietário				
Residência			Bairro	
Município	Rg	Org Exp	CPF	
Condutor				
Residência			Bairro	
Município	Rg	Org Exp	CPF	
CNH/Pront / N°	Categoria	Validade		Hora/Dir.

VEÍCULO - 03 / VEÍCULO - 04



Ass.
DE PM - PM-110
PROTEÇÃO - 110000-0
MUNICÍPIO DE POLÍCIA RODoviÁRIA



**BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES**

ANEXO AO B.A.T. N°

I - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA - V 37		COMPORTAMENTO - V 37	
Realizado no Local		Permaneceu no Local	
Enc. Para Exame		Socorro e Vítima	
Não foi Realizado	V 37	Evadiu-se	

II - VEÍCULOS

QUANTO À TRACÇÃO - V 37	ESPECIE - V 37	CATEGORIA - V 37
Automotor	Passageiro	Oficial
Elétrico	Carga	Representação
De Propulsão Humana	Misto	Particular
Reboque ou Semi-reboque	Carrocinha	Aluguel
	Tracção	Apreensão
	Especial	

III - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 1 3

Marca	Modelo	Ano	Renovam.	Placa
Município	Nº do Chassi			
Carregado	Aprendido	Liberto		
Proprietário				
Residência				
Município	Re.	Org. Exp.		
Condutor				
Residência				
Município	Re.	Org. Exp.		
CNH/Proat. N°	Categoria	Validade		

VEÍCULO -

Marca	Modelo	Ano	Renovam.	Placa
Município	Nº do Chassi			
Carregado	Aprendido	Liberto		
Proprietário				
Residência				
Município	Re.	Org. Exp.		
Condutor				
Residência				
Município	Re.	Org. Exp.		
CNH/Proat. N°	Categoria	Validade		

VEÍCULO - 1 3

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

VEÍCULO -

[Handwritten signature]





XII - INFRACÇÕES COMETIDAS








Direção S. CNH (Art. 162, I CTE) -
 Condutor veic. e doc. Part obrig. (Art. 172 CTE)
 Condutor veic. e doc. Parte obrig. (Art. 180 CTE)
 Dirigir sob influência de álcool. (Art. 165 CTE)
 Deixar de prestar atenção ao veículo (Art. 176 CTE)
 Deixar de aderir prov. P. evitar prejuízos trans. (Art. 176 CTE)
 Deixar de prestar vto. tend. de acidi. (Art. 176 III CTE)
 Deixar de prestar vto. Qdo Dirteja. (Art. 176 IV CTE)








VI V2	Deixar de prestar informação (Art. 176 V, CTB)
	Deixar Obedecer do Agente Transfere 195 (CTB)
	Conduzir veic. de parte violada (Art. 136, I CTB)
	Conduzir veic. de placa (Art. 130 IV, CTB)
	Conduzir veic. de placa ileg. (Art. 130 VI CTB)
	Conduzir veic. Alcan. de velocidade (Art. 130 VII CTB)
	Conduzir veic. Defeito equív. dirig. (Art. 130 IX)
	Gravada

XIN - CROQUIS



NTV - STRATOLOGIA

-  Automóvel e outros veículos de 3 rodas
-  Ônibus, Caminhão e Trator
-  Trem
-  Veículo de 2 ou 3 Rodas
-  Pedestre
-  Animal
-  Objeto Fixo

 Lucrative
 Martha à Frenu.
 Murdia à Ré
 Duzupagim
 Cinq centaine de Tombouctou
 Local du Collège
 Depot du colosse

IV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

VEHICLE - 00

VEICULO - I

CONTENEDORES: FERRA E FERRÃO
FERRAS DE MILHA E FERRÃO, FERRA
E FERRÃO E FERRÃO E FERRÃO
FERRA E FERRÃO E FERRÃO
FERRA E FERRÃO E FERRÃO
FERRA E FERRÃO E FERRÃO

VEICULO - 02

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Policia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Hora:

Nome do receptor da ocorrência:

Matricular

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTGRAD

MATRÍCULA

NAME _____

PELO BAT.

ASS:

XVIII – Datilógrafo SSTA:

Of Chet's SSTA:





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



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº 1211/2019)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE: 11-11-2019

MOT. JON ROBERTO TRAFEGANDO NA R 45
SENDO O VEICULO DE SANTO ANTONIO UM
VEICULO FOX ENVIADO A FAIXA POLICIA DO
NA LATERAL ESQUERDA DA CARRETA
O MESMO COLOCOU A MÃO DE LADO DE FOIÇA
DO SEU VEICULO FOX BRANCO PLACA PDV 8754

Veículo: IVECO 380 CARRETA
Nome do Condutor: JON ROBERTO FREITAS
RG: 3113984 Órgão Expedidor: CPF: 44918826487
Placa do Veículo: MBH 0943 Data: 21/11/19 Hora: 19:30

Assinatura: JON ROBERTO FREITAS

Observação:

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



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PROCURADOR GERAL DO ESTADO

PROCURADOR GERAL DO ESTADO

1-2099/19
06.11.2019

1. Quanto ao item 11.1. Foi assinado por?

06.11.2019

06.11.2019

06.11.2019

499107264-87

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:23



Assinatura: 10/01/2021 10:30:23

10/01/2021 10:30:23

Assinatura: 10/01/2021 10:30:23

Assinatura: 10/01/2021 10:30:23

Assinatura: 10/01/2021 10:30:23

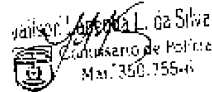
Assinatura: 10/01/2021 10:30:23

Assinatura: 10/01/2021 10:30:23

Assinatura: 10/01/2021 10:30:23

Assinatura: 10/01/2021 10:30:23





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA - DP63ªCIRC
DINTER/112ªDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. 20E0153000002

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/01/2020 às 09:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 21/11/2019 às 09:25

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE QUARENTA E CINCO, 1 - Bairro: RIACHO DO NAVIO ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A MASSAUASSU**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
SEM AUTORIA (AUTOR VAGANTE)
CELIO ROBERTO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO - Usado na geração da ocorrência, que estava em posse de(a) Sr(a) CELIO ROBERTO DOS SANTOS

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

CELIO ROBERTO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **27/7/1965** Nacionalidade: **ESCADA - PERNAMBUCO - BRASIL** Cód. de Ident. 35389-PM/PE (RG) 37588537487 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: **POLICIAL MILITAR** Telefone Celular: **-91808385**

Endereço Residencial: **RUA SAO BARTOLOMEU, 3 - CEP. 0 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - ESCADA/PERNAMBUCO - BRASIL**

SEM AUTORIA - Ramo da Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a) **CELIO ROBERTO DOS SANTOS** que estava em posse de(a) Sr(a) **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**
Categoria Marca/Modelo: **AUTOMOVEIL/VW FOX** Objeto apreendido: **Não**

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO
YANIELIA FILAR, ELIAS MATIAS DOS SANTOS - SUBSTITUTA MARCELY MATIAS COSTA DOS SANTOS

02/01/2020 10:55

Assinatura manuscrita



AV. DR. JOSÉ HENRIQUE 199 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP. 55.200-000 - TEL. (81) 3343.1555/1711



Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **P0W6754** (PERMANENTE) (NÃO INFORMADO) Renavam: **104618923** Chassi: **98WAB45Z0F4054001**
 Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCOGASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP CELIO ROBERTO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA PE 45 QUANDO COCHILOU PERDENDO O CONTROLE DO SEU VEICULO VINDO A BATER EM UM CAMINHÃO QUE VINHA DO LADO CONTRARIO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ESCADA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HILBER CAMARA, ATENDIDO COM PRONTUARIO 122319 PELO MEDICO IJACIEL SOARES CRM 17726, IGOR ADUTRAB CRM 27778 E ENFERMEIRA AL CINEIDE MENEZES COREN 256038. VITIMA COM FRATURA EXPOSTA OSSO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + PUNHO. LESÃO DE NERVO INTEROSSEO.

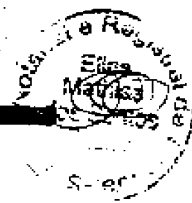
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

CELIO ROBERTO DOS SANTOS
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA** - Matrícula: **360755-6**

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO
 TABELÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTO: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

AV. DR. JOSE HENRIQUE, 196 - CATRO - ESCADAPE - CEP: 55.900.000 - TEL: (41) 3534-1555 / 3712



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200084461

Cidade: Escada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 21/11/2019

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO. P4,38

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P4,15,30.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do símbolo ou ASI: 376.885.374-84 3 - CPF da vítima: 376.885.374-84 4 - Nome completo da vítima: Celio Roberto dos Santos

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

5 - Nome completo: Celio Roberto dos Santos 6 - CPF: 376.885.374-84
7 - Profissão: peixeiro 8 - Endereço: Rua São Beneditino 9 - Número: 3 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Escada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.500-00
15 - E-mail: (88) 99744044

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0719 5 CONTA: 25.866 8 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário. As custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: 30 - Vítima deixou esposo(a) ou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido a fim da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome (grave) de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Escada, 13 de Junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

102/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00714-5

CONTA: 000010025666-X

Nr. da Autenticação 371B41C6DEE5BAFB





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50135-000
 CNPJ 10.931.932/0001-26 (Insc. Est. 0005943-01 - AAV 0098.007117)

DADOS DO CLIENTE
 CELSO ROBERTO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA SAO JOAO DO AMERICA

CPF: 075.005.075-01

CENTRO ESCOLA
 ESCOLA PE
 55500-030

CLASSIFICAÇÃO
 DE RESIDÊNCIA
 RESIDENCIAL
 VOLTAGE 220

0124851033 **12/2019**
16/01/2020 **13/01/2020**
155,18

INFORMAÇÕES
 01/01/2020 16/01/2020
 16/01/2020 16/01/2020

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

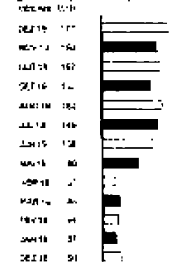
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
17,0000000	5,75127514	134,03
Consumo Energia		134,03
Adicionalidade Saneamento		1,08
Adicionalidade Fomento		2,10
Contribuição para o Município		1,30
ICMS Subvenção Celpe		1,02

TOTAL DA FATURA 155,18

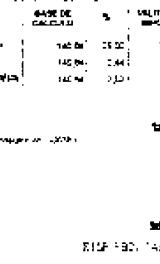
RECONSTITUIÇÃO DE CONSUMO SEXTA NOTA FISCAL

TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	NOVE	CONSUMO
MESES	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA
11/2019	11/2019	11/2019	140,00	11/2019

ANÁLISE DE CONSUMO



ANÁLISE DE TENSÃO



COMPARAÇÃO DE CONSUMO

CONSUMO	VALOR	PERCENTUAL
Consumo de Energia	134,03	86,40%
Adicionalidade Saneamento	1,08	0,69%
Adicionalidade Fomento	2,10	1,35%
Contribuição para o Município	1,30	0,84%
ICMS Subvenção Celpe	1,02	0,65%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Resumo das informações importantes sobre o consumo de energia elétrica e a tarifa social de energia elétrica. O cliente deve verificar se o consumo está dentro dos limites estabelecidos e se a tarifa social está sendo aplicada corretamente.

Para saber mais sobre a tarifa social de energia elétrica, consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco ou ligue para o número 0800-0000000.

DESCRIÇÃO E REGRAS DAS INTERFERÊNCIAS

CONSUMO	VALOR	PERCENTUAL
Consumo de Energia	134,03	86,40%
Adicionalidade Saneamento	1,08	0,69%
Adicionalidade Fomento	2,10	1,35%
Contribuição para o Município	1,30	0,84%
ICMS Subvenção Celpe	1,02	0,65%

ANÁLISE DE TENSÃO

TENSÃO	VALOR	PERCENTUAL
Tensão de Energia	134,03	86,40%
Adicionalidade Saneamento	1,08	0,69%
Adicionalidade Fomento	2,10	1,35%
Contribuição para o Município	1,30	0,84%
ICMS Subvenção Celpe	1,02	0,65%

CONTA CONTRATO 0124851033 **MÊS/ANO** 12/2019 **DATA DE VENCIMENTO** 16/01/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 155,18





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 534701

Senha da Classificação:

Data e Hora: 21/11/2019 10:59

Paciente: 122319 CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 27/07/1965 Idade: 54 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBAURG

Nome da Mãe: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

CRM: 13526

Endereço: RUA SAO BARTOLOMEU

3

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: LAISMSR

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 37688537487

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

PACIENTE ALCOOLIZADO COM
TRAUMA GRAVE M56

Exame Físico

História Diagnóstica

NO FIST EXPOSICAO GASTRO

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

AO BLOQUE

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Carimbo/Médico

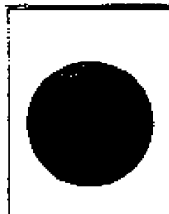


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/11/2019 10:44



Nome Paciente: CELIO ROBERTO DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/07/1965
Sexo: Masculino
Idade: 54 anos
Senha: 0017
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 21/11/2019 10:48 - 21/11/2019 10:51

ALCINEIDE MENEZES GAIÃO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal: PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM POSSÍVEL FRATURA EXPOSTA EM MSE. HAS-DM-

Observação: ENCAMINHADO DE ESCADA SENHA: 582731

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ALCINEIDE MENEZES GAIÃO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/11/2019 10:51

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 534708

Data e Hora do Atendimento: 21/11/2019 11:01

Usuário do Atendimento: GISELEMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Prontuário: 122319

Nome da Mãe: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 27/07/1965

Idade: 54 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: CASADO

RG:

Data Emissão:

CPF: 37688537487

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: ESCADA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA SAO BARTOLOMEU

3 CENTRO

Cidade: ESCADA

PE CEP: 55500000

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM ESCADA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-4 C

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, 21/11/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: melhora

Diagnóstico: Frat. ex. distal do ulnare (C)

Procedimento: Limp. cirúrgica Dr. Igor Abutrab

Alta em: 04/12/2019 Hora: 12:00h Ortopedia/Traumatologia

Médico e C.R.M.: CRM PE: 37778

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

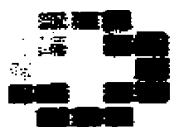
Hospital Dom Helder Câmara
Solenha Lyra
Faturamento / GABE

10/12/2019

RAIO-X

DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
21/11/19	ulnare	1





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 4/12/2019 11:48

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REGISTRO: 21/11/2019 IDADE: 54 DATA ADMISSÃO: 21/11/2019 DATA ALTA: 04/12/2019

**EVOLUÇÃO CLINICA
ALTA ORTOPEDIA**

HD: FRATURA EXPOSTA OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

CD: LIMPEZA CIRURGICA

PCT EM BOM ESTADO GERAL COM EDEMA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO + PUNHO, PRAXIA DE PUNHO (LESAO DE NERVO INTEROSSEO) FERIMENTO SEM SAIDA DE SECREÇÃO .

NO MOMENTO SEM CONDIÇÕES CLINICAS PARA TTO CIRURGICO. ALTA PARA RETORNO EM 15 DIAS. PARA SEGUNDO TEMPO CIRURGICO

EXAME FISICO:

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVOVASCULAR (+)

ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR CANEJO

- **CONDUTA :**
- **ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA**
- **ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMILIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO**
- **MEDICAÇÃO PARA CASA**
- **RETORNO AMBULATORIAL**
- **ATESTADO**
-

Dr. Igor Abutrab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27775



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 26/11/19

Paciente: Celso Roberto das Santos

Registro: 122819

Peso Atual: — Peso Habitual: 74 Altura: 1,67 Idade: 44

Leito: 405.1

Parte 1 – Triagem Inicial

	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?		✓
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		✓
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?		✓
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		✓

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou, ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas; Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Diabetes, Câncer, Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou, ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC <18,5 + condição geral comprometida ou, ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total=

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

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade proteica está aumentada, mas o déficit proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.
Pontuação =2: A necessidade proteica está substancialmente aumentada e o déficit proteico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.
Pontuação =3: A necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Peso	Altura	IMC	AJ	CB	%CB	CP
74	1,67	26,5	—	—	—	—

Carina Souza
Nutricionista
CRN 14759

Nutricionista

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN para o âmbito hospitalar

Andrup J, Allison SP, Eila M, Velaz B, Plaath M. Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):411-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Celso Roberto dos Santos Registro: 122319

Clinica: _____ Enfermaria: Bloco Leito: _____

[illegible]

COD. 38251





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 25/11/2019 11:18

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS		
ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO. LESAO DO NERVO INTEROSSEOO

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO**

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
25-11-2019





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 26/11/2019 11:56

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS

ENFERMARIA/ LEITO 405-1

REG: 122319

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE**

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVOVASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

*Dr. Igor do
Hospitalar*
12 NOV 2019





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 28/11/2019 12:04

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS

ENFERMARIA/ LEITO 405-1

REG: 122319

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE (**
PRAXIA DE NERVO INTEROSSEO

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

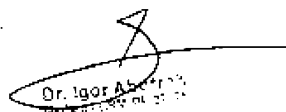
2) GLASGOW 15

3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO


Dr. Igor A. de Mello Junior
28 NOV. 2019



DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

Paciente: Pélio Roberto dos Santos Data: 28/11/19
Registro: 122319 Idade: 44 Enf/Leito: 405.1

VIA DE ALIMENTAÇÃO:

☒ ORAL

Consistência: () Líquida () Líquido-Pastosa () Pastosa () Branda ☒ Normal () Líquidos espessados

Tipo: ☒ Livre () Hipossódica () Hipoglicídica () Hipolipídica () Hepatopata () IRC Conservador

() IRC Dialítico () Laxante () Constipante () SIG

() JEJUM/ZERO Justificativa: _____

Aceitação da dieta: ☒ Ótima (100%) () Boa (100-75%) () Moderada (75-50%) () Ruim (<50%)

Intolerâncias/Alergias: _____

Alteração de padrão Alimentar: () Redução na quantidade

() Dieta líquida () Dieta líquida sem resíduos

Uso da Terapia Nutricional Oral (TNO): ☒ Não () Sim Tipo: _____

Sintomas Gastrointestinais: () Disfagia/Odinofagia () Anorexia () Náuseas/Vômitos () Dispneia

() Distensão abdominal () Diarréia () Constipação ☒ Sem queixas

Exame Físico: ☒ Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() ENTERAL

() JEJUM/ZERO Justificativa: _____

Fórmula – () Padrão () Específica

Tipo: () Normo/Normo () Normo/Hiper () Hiper/Hiper () Controle Glicêmico

() IRC Conservador () IRC Dialítico () Cicatrização () Pneumopata

() Hepatopata () Semi-elementar () Elementar

() Módulos: _____

Via de Administração: () SNE () SOG () SNG () GTT () JTT Infusão: () BIC () GRAV

Tolerância: () Adequada () Regurgitação () Diarréia () Constipação () Dist abdominal () Hiperglicemia

Volume Dieta: () 30 ml/h () 40 ml/h () 50 ml/h () 60 ml/h () 70 ml/h () 80 ml/h () Outros _____

Total Ofertado: Kcal: _____ (____ Kcal/kg/dia) PTN: _____ g (____ g/kg/dia de proteína)

Volume Água () 100 ml () 200ml () 300 ml () Sem Água Horários _____

() Outros _____

Exame Físico: () Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() PARENTERAL: _____

RISCO NUTRICIONAL: () SIM ☒ NÃO

Observações: _____

Assinatura do Nutricionista
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: _____

Assinatura do Nutricionista
Solange Lyra
Nº 14739
CRM 14739

Nutricionista



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 30/11/2019 10:10

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS		
ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

**PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE (,
PRAXIA DE NERVO INTEROSSEO**

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

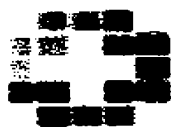
PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Dutra
Médico CRM-PE 27.714
30 NOV 2019





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 3/12/2019 11:30

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME : CELIO ORBERTO DOS SANTOS		
ENFERMARIA/ LEITO 405-1	REG: 122319	

405-1

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRAT COTOVELO.

PCT NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, AGUARDANDO
MELHORA 2 TEMPO . COM MELHORA PARCIAL DA MOBILIDADE (PRAXIA DE NERVO INTEROSSEO

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVO VASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Abutrab
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 27778



DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

Paciente: Cleu Roberto dos Santos Data: 03/12/19
Registro: 122319 Idade: 44 Enf/Leito: 405 I

VIA DE ALIMENTAÇÃO:

☒ ORAL

Consistência: () Líquida () Líquido-Pastosa () Pastosa () Branda ☒ Normal () Líquidos espessados

Tipo: ☒ Livre () Hipossódica () Hipoglicídica () Hipolipídica () Hepatopata () IRC Conservador

() IRC Dialítico () Laxante () Constipante () SiG

() JEJUM/ ZERO Justificativa: _____

Aceitação da dieta: ☒ Ótima (100%) () Boa (100-75%) () Moderada (75-50%) () Ruim (<50%)

Intolerâncias/Alergias: _____

Alteração de padrão Alimentar: () Redução na quantidade

() Dieta líquida () Dieta líquida sem resíduos

Uso de Terapia Nutricional Oral (TNO): ☒ Não () Sim Tipo: _____

Sintomas Gastrointestinais: () Disfagia/ Odinofagia () Anorexia () Náuseas/ Vômitos () Dispneia

() Distensão abdominal () Diarréia () Constipação ☒ Sem queixas

Exame Físico: ☒ Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() ENTERAL

() JEJUM/ ZERO Justificativa: _____

Fórmula - () Padrão () Específica

Tipo: () Normo/Normo () Normo/Hiper () Hiper/Hiper () Controle Glicêmico

() IRC Conservador () IRC Dialítico () Cicatrização () Pneumopata

() Hepatopata () Semi-elementar () Elementar

() Módulos: _____

Via de Administração: () SNE () SOG () SNG () GTT () JTT Infusão: () BIC () GRAV

Tolerância: () Adequada () Regurgitação () Diarréia () Constipação () Dist abdominal () Hiper-glicemia

Volume Dieta: () 30 ml/h () 40 ml/h () 50 ml/h () 60 ml/h () 70 ml/h () 80 ml/h () Outros: _____

Total Ofertado: Kcal: _____ () Kcal/kg/dia PTN: _____ g () g/kg/dia de proteína

Volume Água () 100 ml () 200 ml () 300 ml () Sem Água Horários: _____

() Outros: _____

Exame Físico: () Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() PARENTERAL:

RISCO NUTRICIONAL: () SIM ☒ NÃO

Observações: Realizada avaliação nutricional segundo NRS
2002 e paciente segue sem risco nutricional

UH - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
am

Larissa Sampaio
Nutricionista
CRN 14724

Nutricionista



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Celso Roberto Registro: _____

Clínica: DOO Enfermaria: 70 Leito: 205-1

Data/Hora	
	<u>DOO</u>
	<u>29.11.19</u>
	<u>SA</u>
	<u>Paula Luz Urbino Gomes</u>
	<u>70 anos. divorciado</u>
	<u>CA</u>
	<u>Medica</u>
	<u>Olivia de Almeida Mendes</u>
	<u>Dr. Mariana S. de Almeida Mendes</u>
	<u>Psicologia</u>
<u>04.12.19</u>	<u>Demante visita ao psq e manutenção demonstrando</u>
<u>14.12.19</u>	<u>visitas, mas repete queixa. Refere clausura anterior</u>
	<u>de alta hospitalar.</u>
	<u>MR Celso Guerra</u>
	<u>Psicólogo CRP: 11044</u>
	<u>Hospital Dom Helder Câmara</u>
	<u>Sotango Lyra</u>
	<u>Patronato / SAME</u>
	<u>Em: _____</u>

COD. 38257





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

CELYTO ROBERTO DOS SANTOS

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

R

54

ASA 3

CRM

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

CRM

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

Mentecão Pré-anestésica

Urgência

NAO

SIM

Cirurgia

Refração de Fixador Externa Nojo E

Horário

13:30 16:30

N₂O

SatO₂

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

ECG

Medicamentos Usados

Quantidade

1. Propofol 20
2. Midazolam 15mg
3. Fentanyl 25µg
4. Succinilcolina 150mg
5. Propofol 50ml
6. Succinilcolina 100mg
7. Propofol 20
8. Fentanyl 20
9. Ondansetron 4mg

Técnica Anestésica

1. Mantoxa -
2. Mantoxa -
3. Mantoxa -
4. Mantoxa -
5. Mantoxa -
6. Mantoxa -
7. Mantoxa -
8. Mantoxa -
9. Mantoxa -

Monitorização

- ☒ Cardíaco
- ☒ Oximétrico
- ☒ ECG
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Cateter
- ☐ Estet. Pré-Corda
- ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volume IBP Plus

Encaminhado

- ☒ Acordado
- ☐ Sono leve
- ☐ Intubado
- ☐ Destino
- ☒ SRPA
- ☐ Apn/Enf
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Intercorrência:

NAO

SIM



Descrever:

Observações:

H - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 18 DEZ. 2019

Assinatura do Anestesiista



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Helio Roberto dos Santos</u>			Registro: <u>122319</u>		Leito:
Procedimento cirúrgico:			Data: <u>27/11/19</u>		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 type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros				
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros				
4. Dor <input checked="" type="checkbox"/> MSE Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <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 type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> Outros				
5. Integridade tissular prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada ____/____h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input checked="" type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ____/____h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24h</u> <input type="checkbox"/> Outros				
6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> MSE Local: _____ () Leve () Moderada () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros				
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____				

CÓD. 38605





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMiP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 2-00

Nome: Olíbio Roberto dos Santos data: 27/11/19 Hora: 17:00 Registro: 12319
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 1º Cir. Retirada de fixação externa
Tipo de anestesia: geral venosa
Equipe: Dr. Leonardo Campos Anestesista: Dr. Carlos

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave^o
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: 126x91 mmHg FR: 11 p/min FC: 92 p/min SaPO2: 93%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>127x82</u>	<u>137x92</u>	<u>138x100</u>	<u>138x97</u>	<u>146x100</u>	
FR	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	
FC	<u>93</u>	<u>90</u>	<u>85</u>	<u>99</u>	<u>118</u>	
SaPO2	<u>96</u>	<u>96</u>	<u>98%</u>	<u>96</u>	<u>98%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

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

Data: 27/11/19 Horário: 19h Responsável pelo encargo: Dr. Graciel Couto

Alta da SRPA pelo médico: _____
Médico Anestesiologista CRM 5083



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros	
9. Êmese () Náusea ()	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ____ / ____ h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37°C <input checked="" type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada ____ / ____ min. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia; <input checked="" type="checkbox"/> Palidez cutânea; <input checked="" type="checkbox"/> Pulso irregular; <input checked="" type="checkbox"/> Pele fria; <input checked="" type="checkbox"/> Perda da Consciência <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco de Infecção ()	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>AVP</u> <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações <input checked="" type="checkbox"/> dor; <input checked="" type="checkbox"/> Calor; <input type="checkbox"/> Rubor; <input type="checkbox"/> Edema. <input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica

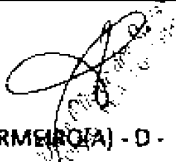
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

			
ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



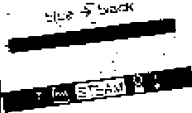
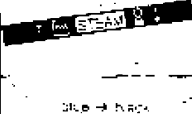
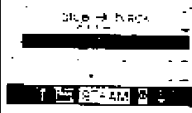
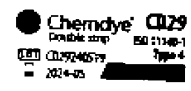
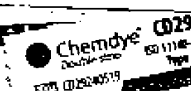
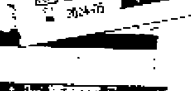
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome Alu Roberto dos Santos Data: 27/11/15 Registro: 12319
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 15:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Leonardo Lima 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Carlos Instrumentador: _____
Circulante: Onaka

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
lap copo bacia MII bandeira	  	  

CÓD 38236



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Pelo Roberto dos Santos			DATA:	27/11/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Leonardo Carneiro			RG:	023.19		
ANESTESISTA:	Dr. Carlos			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	TTC retirada de fixador externo			ANESTESIA:	geral lencosa		
ESTRUMENTADOR:				COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Riana		
CIRCULANTE:	Suelen			COREN:			
ENFERMEIRA:	Thaís			HORÁRIO INICIAL:	HORÁRIO FINAL:		

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05

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 05

TUBOS			
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 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	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 08	FOLEY 2VIAS 08	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 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	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	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

CÓD 38407



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Clécio Roberto dos Santos Data: 27/11/19 Hora: 15:57 Registro: 122319
Convênio: SUS Leito: _____ Paco: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Leonardo Lima Anestesiologista: Dr. Carlos
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: TT retirada de fixador externo Início: 16:15 Término: 16:25
Anestesia: geral Início: 16:05 Término: 16:45

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:

Calímetro de Pulso (☒) Monitor Cardíaco (☒) PNI (☒) Bomba CEC () Aspirador ()
Cochão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artoscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa _____
Carro de Anestesia (☒) Depressor () Intensificador () Nº ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gas 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: Segue em anexo ao CIRURGIA: _____
monitorio do paciente

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (☒) Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (☒) S Intensiva () LICOR () UTI () Apo () Residência ()

Data: 27/11/19 Hora: 16:50 Enfermeira: Thaís Circulante: Shaila

CÓD. 38607



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

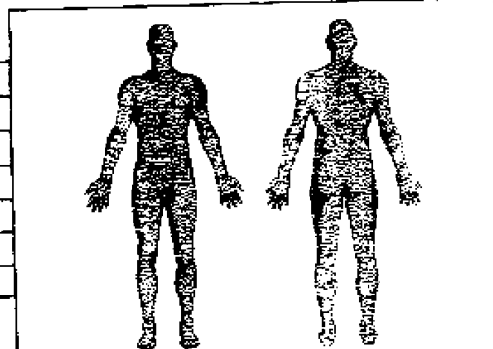
Data: 24/11/19

Hora: _____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: Celio Roberto dos Santos	Registro: 222319
Data de Nascimento: 23/07/1975	Leito: 405-1
Sector: 405	



SINAIS VITAIS	
PA: 80 x 90	T: 35.8
Observação:	HGT: 69

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 (X)	TAC c/ Contraste ()	USG () ECO ()	LABORATORIAL: SIM () NÃO ()
	TAC s/ Contraste ()	RNM () CATE ()	Observação:
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM (✓) NÃO ()	Risco Cirúrgico:	
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO (✓)	GRUPO SANGÜÍNEO:	
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: Ceftriaxona 1g/6hs		SIM () NÃO ()
NÃO () OBSERVAÇÃO: _____		Qual: _____
		Local: _____
SIM () QUAL: _____		
NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM (✓) NÃO ()	À partir do dia: 24/11/19 às 07:00	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (✓) NÃO ()	Observação:	
TRICOTOMIA:	SIM (✓) NÃO ()	Observação:	
RETIRADO ADORNOS:	SIM (✓) NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (✓) Quais/Datas: _____		
	NÃO ()		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (✓) Quais/Datas: _____		
	NÃO ()		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (✓) Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM () NÃO ()
	NÃO ()		Observação: 38.40

Enfermeiro Responsável: _____

COD 38404

(Assinatura Eletrônica)





Hospital Metropolitano Sul Dor: Helder Câmara
HMP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 122319

Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Mãe: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

End: RUA SAO BARTOLOMEU

Enferm: 405 - 01 - LT TRAUMA

Atendimento: 534708

Leito: 715

Dt.Cad: 21/11/2019

Dt.Nasc: 27/07/1965

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

CNS: 701803285346879

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

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? *Retirada de fixador*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1:00 / não*

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?
Sim

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☒ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Rc

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☐ 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

Retirado de fixador externo M50

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



**IMIP****TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE**

NOME: <u>YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</u> DATA NASC: <u>23/01/1965</u>	
REGISTRO: <u>22319</u> DATA: <u>23/01/19</u> HORA: _____	
SETOR DE ORIGEM: <u>SALA</u> SETOR DE DESTINO: _____	
S Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: _____ HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oxiimetria: _____ Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () Ceto2 () NEZ () TOT () Traquea VM () Traquea NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B Base do cenário (médico)	Breve resumo do caso: <u>Retirada de furo de M.S.E.</u> 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: _____ Hiperdermatite: () Não () Sim Qual: _____ Indicação de uso contínuo: _____ Risco: () LPP () Queda () Flebite () 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: <u>M.S.E.</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Livrado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Elly Valéria dos Santos DATA NASC: 24-07-75
REGISTRO: 192319 DATA: 24-07-1975 HORA: 15:00
SETOR DE ORIGEM: INO SETOR DE DESTINO: BE

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>lucidez alerta</u> HGT: <u>69</u> PA: <u>140x90</u> Pulso: <u>328</u> FR: <u>328</u> Oximetria: <u>98</u> Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: <u>_____</u>
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: <u>_____</u> Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: <u>_____</u> Horário: <u>_____</u> Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: <u>_____</u> Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta <u>_____</u>
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: <u>_____</u> Hemoderivados: () Não () Sim Qual: <u>_____</u> Medicação de uso contínuo: <u>_____</u> Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: <u>_____</u> Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: <u>_____</u> Exames de imagem: () Realizado <u>_____</u> () Pendente <u>_____</u> Curativo: () Não () Sim Local: <u>USE</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: <u>_____</u>

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro Márcia S. França
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____
COREN-PE 438.447



Num. 73796634 - Pág. 47

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

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 Dr^o(a) _____, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
- ☐ Assistência clínica: _____
- ☐ Procedimento: _____
- ☐ Exame: _____

a que será submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr^o(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: Guilherme Maria dos Santos RG: 781-765-734-34

Data de nasc.: 29/01/71 Grau de parentesco: Esposa

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Guilherme Maria dos Santos
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prester 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 ____

CRM 13783-7
Ortopedia - Traumatologia
Dr. Leonardo Carajó

Assinatura / Carimbo do médico

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



Tipo de Documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Assinatura do paciente: TER 001	Assinatura: 17/01/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pelo preenchimento: Bruna 143	Responsável pela aprovação: Dr. Antonio Santos	Assinatura: 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.

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: Gilberto Maria dos Santos RG: 783-764-734-34

Data de nasc.: 29.01.71 Grau de parentesco: Esposo

Cabo de Santo Agostinho, 27 de novembro de 2019

Gilberto Maria dos Santos
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 ____

Assinatura / Carimbo do médico

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



405-1

 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA ADMISSÃO DATA: <u>22/11/19</u> HORA: <u>17:00</u>	GESTÃO  IMIP HOSPITALS

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: <u>Celso Roberto dos Santos</u>	Registro: <u>192317</u>	Clínica: <u>MO</u>
Enfermaria: <u>UOS</u>	Leito: <u>05</u>	Diagnóstico: <u>Fuga ETV E</u>

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

<u>S/ queixas</u>

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

<input checked="" type="checkbox"/> Alergias Quais: <u>Não</u> <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Doenças pulmonar <input type="checkbox"/> Cirurgias Anteriores Quais: _____
--

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado <input type="checkbox"/> Hipocorado <input checked="" type="checkbox"/> Acianótico <input type="checkbox"/> Cianótico <input checked="" type="checkbox"/> Anictérico <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Pele fria <input type="checkbox"/> Pele úmida <input type="checkbox"/> Reações Alérgicas <input type="checkbox"/> EDEMAS <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Pálpebra <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: <u>Não</u>

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Sedado PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Ansioso <input checked="" type="checkbox"/> Agitado
--

8. SINAIS VITAIS

<input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril T. AXILAR= _____ °C FR _____ IPM Sat O2= _____ <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Intubado MURMÚRIOS VESICULARES: <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Crepítantes FC _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg PULSO: <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Ausente ACESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> Periférico Local: _____ <input type="checkbox"/> Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT ABDOME: <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Gravidico EVACUAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Flatos <input type="checkbox"/> Diarréia Nº evacuações: _____ Aspecto: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Odor fétido <input type="checkbox"/> Odor Característico <input type="checkbox"/> ÊMESE Aspecto: <input type="checkbox"/> Hematêmase <input type="checkbox"/> Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: <input checked="" type="checkbox"/> Presente Aspecto: _____ <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> Ativa <input type="checkbox"/> Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FORÇA MOTORA: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> PARESIA Local: <u>N</u> <input type="checkbox"/> AMPUTACÃO Local: _____ <input type="checkbox"/> GESSO Local: <u>N</u> <input type="checkbox"/> TALA GESSADA Local: <u>MMSE</u> Outros: _____
--

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica	MMSS- Membros Superiores	MMII- Membros Inferiores	FR- Frequência respiratória
FC- Frequência Cardíaca	VO- Via Oral	SVD- Sonda vesical de demora	SVA- Sonda vesical de alívio
SNG- Sonda Nasogástrica	SNE- Sonda Nasoenteral	VAS- Via Aérea Superior	GTT- Gastrostomia

Ma Caroline S. Santana
 Enfermeira
 COREN-PE 438.497





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Sexo: M Cor: Pd Idade: 54 Risco: II

CRM: 30.000 Nome do Anestesiologista: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Nome do Cirurgião: ROBERTO

Medicação Pré-anestésica: 20mg S22319 Urgência: ☐ NÃO ☐ SIM

Procedimento: Trat. cirúrgico Frac. exp. do antebraço esquerdo

Horário	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
Q ₂																																																												
Q ₁₀																																																												
Pos																																																												
U																																																												
Sat _{O₂}																																																												
ETCO ₂																																																												
ECG																																																												
240																																																												
220																																																												
200																																																												
180																																																												
160																																																												
140																																																												
120																																																												
100																																																												
80																																																												
60																																																												
Anotações																																																												

Drogas Usadas

Quantidade

Fentanyl 20mg
Cisatracurium 20g
Bupivacaina 4g
Citramina 50mg
Diazepam 20g
Ketoprofeno 40g
Morfina 4mg
Sondaseton 4mg

Técnica Anestésica

Preoxigenação +
Indução +
Manutenção +
+ máscara selada
+ JCI selado + C
Cufio 20cmH₂O
Vt Cícl = 500ml
Fr = 10 Pti = 15

Monitorização

☒ Cardíaco

☒ Oximétrico

☒ ECG

☒ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervos

☐ Linha Arterial

☐ Volêmica IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sono

☐ Intubado

Destino

☒ ORPA

☐ Adm/Enl

☐ UT

☐ Extremo

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

*Tereza C. Silva
Anestesiologista
CRM 5010*

Assinatura do Anestesiologista



ESCALA DE BRADEN - Avaliação de Risco para Lesões					Resultado
Descrição	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	() Sem Risco
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	18-20 pontos
ATIVIDADE	Acamado	Confinado a cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	() Risco
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não apresenta Limitações	Moderado 12-17 pontos
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente Inadequado	Adequado	Excelente	() Alto
FRICÇÃO CISSALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		Risco 6-11 pontos

Escala de Morse para Prevenção de Quedas			
	CATEGORIA	SIM/NÃO	SCORE
1	Histórico de queda (há no máximo 3 meses)	Não Sim	0 25
2	Diagnóstico Secundário	Não Sim	0 15
3	Auxílio para Deambular		
	Sem auxílio/acamado/auxílio de enfermagem	Sim	0
	Muletas/Bengala/Andador	Sim	15
	Deambula segurando nos móveis	Sim	30
4	Acesso Venoso	Não Sim	0 20
5	Movimentação do Paciente / transferência		
	Normal/Repouso no leito	Sim	0
	Debilidade	Sim	10
6	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20
	Estado Mental		
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	0
	Superestima/esquece as próprias capacidades	Sim	15
Pontuação Total:			
Nível de Risco	SCORE	Ações	
Sem Risco	0 - 24	Intervenções de Prevenção Universal de Queda	
Baixo Risco	25 - 50	Intervenções para Queda	
Alto Risco	> 51	Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda	



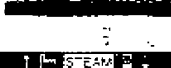
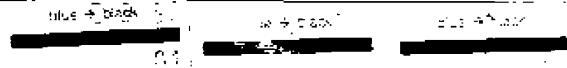
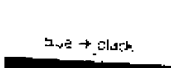



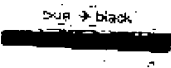
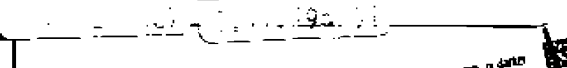




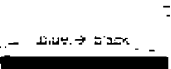
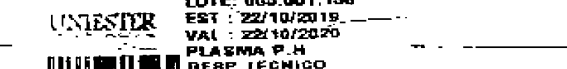
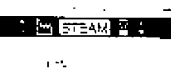
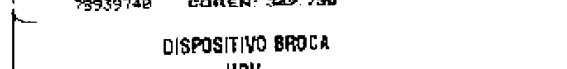
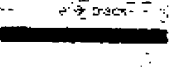
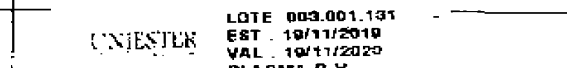
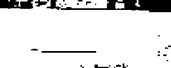



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Celso Roberto dos Santos Data: 21/11/19 Registro: 222319
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 11:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Hamero 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Tereza Instrumentador: Karina
Circulante: Souza

INSTRUMENTAL	VALIDADE Blue → black	INDICADOR
<u>Capote</u>		
<u>Capote</u>		
<u>Caneta</u>		
<u>mm II</u>		
<u>Punko de focos</u>		
<u>aspirador</u>		
		
		
		
		
		

Chemdyne 0029
Dispositivo Broca HDH
LOTE: 003.001.136
EST: 22/10/2019
VAL: 22/10/2020
PLASMA P.H
RESP TECNICO
RICARDO LEITE
COREN: 342.739

UNESTER
78939748

DISPOSITIVO BROCA
HDH
LOTE: 003.001.131
EST: 19/11/2019
VAL: 19/11/2020
PLASMA P.H
RESP TECNICO
RICARDO LEITE
COREN: 342.739



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Célio Roberto dos Santos			DATA:	21/11/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Hemery			RG:	122819		
ANESTESISTA:	Dr. Tereza			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	Dr. Everaldo Aponte - mte			ANESTESIA:	Geral		
ESTRUMENTADOR:	Carina			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Quana		
CIRCULANTE:	Gleitz / Juçene			COREN:			
ENFERMEIRA:	Thaís Loucy / Rômulo			MORÁRIO INICIAL:	12.25		
				HORÁRIO FINAL:			

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
SSADA 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. PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	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 06	FOLEY 2VIAS 08	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 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	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	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X7,5	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38401



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Elcio Roberto dos Santos Data: 01/11/19 Hora: _____ Registro: 122519
Convênio: SUS Leito: _____ Paciente: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Samuel Anestesiologista: Dr. Torquato
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Marino

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Dr. Exposta MS Início: _____ Término: _____
Anestesia: General Início: _____ 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: mala

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 () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Peça _____
Cabo de Anestesia () Difusor () Intensificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protótipo () 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: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

Sigue Pare SR sem intercorrências

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOR () UTI () Ap* () Residência ()

Data: 01/11/19 Hora: _____ Enfermeira: Thais Circulante: Dirlei/Daniel

COD. 38637



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTRO CETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICÉRIDOS CÁDEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPILON 4G C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			





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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 122319

Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Mãe: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

End: RUA SAO BARTOLOMEU

Enferm: BL-4 C

Atendimento: 534708

Leito: 648

Dt Cad: 21/11/2019

Dt Nasc: 27/07/1965

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

CNS:

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

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? *Redução da pressão / Sutura de lesão*
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?
Não

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

☒ 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

*Estado externo prat. exp
de MSE*

Assinatura
CORDEIRO



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Ulisses Roberto dos Santos</u>			Registro: <u>122319</u>		Leito: _____
Procedimento cirúrgico: <u>Fixador externo MSE</u>			Data: <u>21/11/19</u>		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 type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar hora e volume de cada da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros _____			
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros _____			
4. Dor () Local: <u>MSE</u> () Leve () Moderada () Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <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 type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros _____			
5. Integridade tissular prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada ____/____h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ____/____h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por 24h <input type="checkbox"/> Outros _____			
6. Sangramento () Local: <u>MSE</u> () Leve () Moderada () Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____mmHg <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros _____			
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____			

COD. 38605





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

L-01

1. Identificação

Nome: Alcio Robert dos Santos data: 01/11/19 Hora: 14:10 Registro: 422319
Leito de origem: _____

Leito da SRPA: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Proctotomia externa HSE
Tipo de anestesia: geral
Equipe: Dr. Helder Anestesista: Dr. Figueira

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: 104 x 71 mmHg FR: 18 p/min FC: 102 p/min SaPO2: 96%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30h	2:00 h	3:00 h
PA	112/55	110/40	121/50	120/40	117/49	
FR	19	18	18	18	17	
FC	108	100	103	102	100	
SaPO2	98%	98%	98%	99%	98%	
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: _____



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros	
9. Êmese () Náusea ()	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ____/____ h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37° C <input checked="" type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada ____/____ min. <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: <input type="checkbox"/> Taquicardia; <input type="checkbox"/> Palidez cutânea; <input type="checkbox"/> Pulso irregular; <input type="checkbox"/> Pele fria; <input type="checkbox"/> Perda da Consciência <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco de Infecção ()	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>AVP + FO</u> <input type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações () dor; <input checked="" type="checkbox"/> Calor; <input type="checkbox"/> Rubor; <input type="checkbox"/> Edema. <input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica




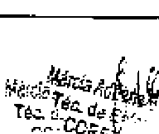
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR ENFERMEIRO(A) - D -	 Rafaela Henriques Enfermeira COREN-PE 345.127 ENFERMEIRO(A) - N -	 Téc. em Enfermagem - D -	 Marcia A. Pereira Téc. de Enfermagem CCP COREN Téc. em Enfermagem - N -
---	---	--	---

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



Anotações do Técnico em Enfermagem

Paciente: Roberto de Souza D.Nasc.: 27/07/65 Registro: 122319
 Mãe: Alcides Enfermeira: SR Leito: 01
 Diagnóstico: Infarto do miocárdio E Data: 21/11/19
Plantão Noturno

Estado Geral:

Estado VO ☒ SNE ☐ GTT ☐ Dieta zero ☐

Respiração: espontânea ☒ AVMI ☐ VNI ☐ Cat. 02 ☐ Venturi ☐

Accesso Venoso: Periférico ☒ Central ☐ Local ☒ Data da troca: _____

Medicamentos: Sim ☐ Não ☒

Ureter: Espontânea ☒ SVD ☐ Outros: _____ Evacuação: Presente ☐ Ausente ☐

Observações:

Transferência ☐ Local _____ Melhorada ☐ Óbito ☐ Evasão ☐

Técnico em

Enfermagem: Post ECG, comente o resultado neg. Alterar
SSM estáveis em repouso no leito medizado
conforme prescrição médica segue ao cuidado
da enfermagem Manoel Carlos

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO								
	HGT	FC	PA	SAT O ₂ E FR	TEMP	GANHOS				PERDAS				
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC	TRANS FUSÃO	DREN	DIUR	EVAC	HDL
20														
21														
22														
23														
24	145	101	145/89	95	36	40								
01														
02														
03														
04														
05														
06	171	99	131/90	99	36	40								
07														
08														



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: <u>Alto Roberto dos Santos</u>		DATA NASC: <u>23/07/65</u>
REGISTRO: <u>122319</u>		DATA: <u>21/11/19</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>SRPA</u>		HORA: _____
SETOR DE DESTINO: _____		
5	Situação (Enfermagem)	<p>Nível de Consciência: _____ HGT: _____</p> <p>PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____</p> <p>Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ</p> <p>() TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB</p> <p>Intercorrência nas últimas 24h: _____</p>
B	Base do cenário (médico)	<p>Breve relato do caso: <u>Ficador externo hot exo MSE</u></p> <p>Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim</p> <p>Qual: _____ Horário: _____</p> <p>Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____</p> <p>Prognóstico: () Crônico () Não Crônico</p> <p>Nutrição: () Jejum () Dieta _____</p>
A	Análise (Enfermagem)	<p>Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim</p> <p>Alergia: () Não () Sim Qual: _____</p> <p>Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____</p> <p>Medicação de uso contínuo: _____</p> <p>Riscos: () LPP () Queda () Febre () Outros: _____</p> <p>Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência</p> <p>() Intermediário () Mínimo</p>
R	Recomendação (Enfermagem)	<p>Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____</p> <p>Exames de Imagem: () Realizado</p> <p>() Pendente _____</p> <p>Curativo: () Não () Sim Local: <u>MSE</u></p> <p>Isolamento: () Não () Sim Qual: _____</p>

Enviado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____

[Assinatura]
LORDIN HILDER CAMARA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
POLÍCIA MILITAR

NOME: **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**

RG: **35369**

SERVIÇO: **GUARDA CIVIL**

ASSINATURA: *Celio Roberto dos Santos*

DATA: **04/09/2022**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VA: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

NOME: **ROBERTO DOS SANTOS**

DATA DE NASCIMENTO: **07/07/1965**

NACIONALIDADE: **BRASILEIRO**

RG: **09575130884**

CPF: **376 885 374-87**

LOCAL E DATA DE EMISSÃO: **Recife - PE 28/09/2017**

RECIFE - PE

TIPO DE DOCUMENTO: **A**

VALIDADE: **04/09/2022**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima	Celia Roberto dos Santos		
Data do Acidente	CPF da vítima:		
Possuidor da documentação	Qualificação do Portador: <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador	Número: Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP: Telefone: () E-mail:		

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IMI (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Autópsia de Laudo do IMI, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Relatório de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data	
Identidade:	Celia Roberto dos Santos
Assinatura	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo recebimento médico (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário

- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse: www.saqueadoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prazos): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEQUESTRADORA

Data:	18/02/2020
Nome:	Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura:	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200084461

Cidade: Escada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Data do acidente: 21/11/2019

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO. P4,38

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P4,15,30.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

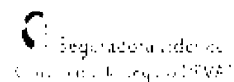
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068065/20

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 376.885.374-87

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 21/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CELIO ROBERTO DOS SANTOS : 376.885.374-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/02/2020
Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 376.885.374-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

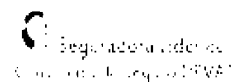
Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CELIO ROBERTO DOS SANTOS

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068065/20

Número do Sinistro: 3200084461

Vítima: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 376.885.374-87

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CELIO ROBERTO DOS SANTOS : 376.885.374-87

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 376.885.374-87

CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA




SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A; **ALFA SEGURADORA S/A**; ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; ANGELUS SEGUROS S/A; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; ARUANA SEGUROS S.A.; **ASSURANT SEGURADORA S.A.**; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A.; **AXA SEGUROS S/A**; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; **BANESTES SEGUROS S/A**; BMG SEGUROS S/A; **BRDESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CAIXA SEGURADORA S/A; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; CHUBB SEGUROS BRASIL S/A; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; CIA EXCELSIOR DE SEGUROS; **COMPREV SEGURADORA S/A**; COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; ESSOR SEGUROS S/A; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; FATOR SEGURADORA S/A; **GAZIN SEGUROS S.A.**; GENERALI BRASIL SEGUROS S/A; **GENTE SEGURADORA S/A**; ICATU SEGUROS S/A; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; J. MALUCELLI SEGURADORA S/A; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; MAPFRE VIDA S/A; **MBM SEGURADORA S/A**; MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A**; MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **OMINT SEGUROS S/A**; PAN SEGUROS S/A; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **POTTENCIAL SEGURADORA S/A**; PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **SABEMI SEGURADORA S/A**; SAFRA SEGUROS GERAIS S/A; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; SOMPO SEGUROS S/A; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; SUHAI SEGUROS S/A; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; TOKIO MARINE SEGURADORA S/A; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA; **USEBENS SEGUROS S/A**; VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato



anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 28 de maio de 2018.


JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA
OAB/SP 111.807


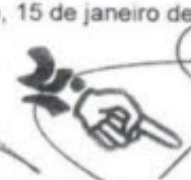





Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, autorizados, desde já, receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado Mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto em isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DVPAT S.A., CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

PRAZO: O presente mandato terá validade até **31.12.2020**, exceto quando for juntado nos autos de determinado processo, quando vigorará até o término do respectivo processo.

São Paulo, 15 de janeiro de 2018.

Carlos Alberto Landim
Diretor Geral de Planejamento
e Controladoria

André Fortino
Diretor-Geral
de BB Comercial

COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL
BRASILVEICULOS COMPANHIA DE SEGUROS
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
MAPFRE VIDA S.A.



www.bbmapfre.com.br

Av. das Nações Unidas, 14.261 • Ala A • 29º andar • 04794-000 • Vila Gertrudes • São Paulo/SP



PROCURAÇÃO

(DPVAT)

1) **COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**, pessoa jurídica de direito privado, com sede nesta Capital, na Avenida das Nações Unidas Nº 14.261, Ala A, Vila Gertrudes, inscrita no CNPJ/MF sob o número 28.196.889/0001-43, NIRE 3530018226-0; 2) **BRASILVEICULOS COMPANHIA DE SEGUROS**, pessoa jurídica de direito privado, com sede nesta Capital, na Avenida das Nações Unidas Nº 14.261, Ala A, Vila Gertrudes, inscrita no CNPJ/MF sob nº 01.356.570/0001-81, NIRE 3530045752-8; 3) **MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, com sede nesta Capital, na Avenida das Nações Unidas Nº 14.261, Ala A, Vila Gertrudes, inscrita no CNPJ/MF sob nº 61.074.175/0001-38, NIRE 3530004292-1; e 4) **MAPFRE VIDA S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, com sede nesta Capital, na Avenida das Nações Unidas Nº 14.261, Ala A, Vila Gertrudes, inscrita no CNPJ/MF sob nº 54.484.753/0001-49, NIRE 3530010769-1, por seus representantes legais ao final assinados, nomeiam e constituem seus bastantes procuradores, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Secção do Rio de Janeiro, sob o número 071.709 e no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Secção do Rio de Janeiro, sob o número 135.132 e CPF/MF sob nº 082.587.197-29, **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, secção do Rio de Janeiro sob o nº 62.420 e CPF/MF sob o nº 542.587.407-30; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Secção de São Paulo, sob o número 111.807 e no CPF/MF sob o nº 110.916.708-37, todos com escritório à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, CEP 20.031-205, no Município do Rio de Janeiro - RJ, aos quais, independentemente da ordem de nomeação, confere plenos poderes, incluindo a cláusula *Ad Judicia At Extra*, para atuar no foro em geral, em qualquer Instância, Juízo, ou Tribunal nas ações ou recursos competentes, e defender a Outorgante nas ações em que lhe são contrárias, usando de todos os recursos legais, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, nomear prepostos para representar a Outorgante nas ações em que é parte, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos para o fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reserva de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de

www.bbmapfre.com.br

Av. das Nações Unidas, 14.261 • Ala A • 29º andar • 04794-000 • Vila Gertrudes • São Paulo/SP



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ: 61.074.175/0001-38
NIRE: 3530004292.1

ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016

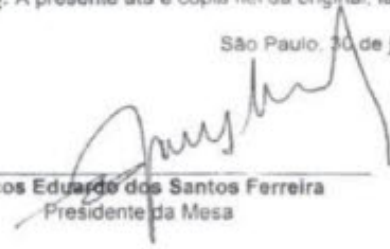
ENCERRAMENTO: Nada mais havendo a tratar, foi suspensa a sessão pelo tempo necessário à lavratura da presente ata, que, depois de lida e achada conforme, foi aprovada e assinada por todos os presentes.

ASSINATURAS: Mesa: Marcos Eduardo dos Santos Ferreira, Presidente; Roberto Barroso, Secretário.


Acionista: Mapfre BB SH2 Participações S.A. (p. Marcos Eduardo dos Santos Ferreira, Presidente e Roberto Barroso, Vice-Presidente).

CERTIDÃO: A presente ata é cópia fiel da original, lavrada em livro próprio.

São Paulo, 30 de junho de 2016.



Marcos Eduardo dos Santos Ferreira
Presidente da Mesa



Roberto Barroso
Secretário da Mesa





JUCESP PROTOCOLO
0.022.914/17-1



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ: 61.074.175/0001-38
NIRE: 3530004292.1

**ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016**

DATA, HORA E LOCAL: Em 30 de junho de 2016, às 10h30, na sede da MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. ("Companhia"), na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Avenida das Nações Unidas, nº 14.261, Ala A, 29º andar, Vila Gertrudes, CEP 04794-0000.

PRESENCIA: Presente a única acionista titular de ações representativas de 100% (cem por cento) do capital social da Companhia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Acionistas.

CONVOCAÇÃO: Dispensada em razão da presença da acionista titular das ações representativas de 100% (cem por cento) do capital social da Companhia, conforme dispõe o artigo 124, parágrafo 4º, da Lei nº 6.404/76 ("Lei das Sociedades por Ações").

MESA: Assumiu a presidência Marcos Eduardo dos Santos Ferreira, que convidou Roberto Barroso para exercer a função de secretário.

ORDEM DO DIA: Deliberar sobre: (i) aumento do capital social da Companhia; (ii) alteração do artigo 5º do Estatuto Social; e, (iii) consolidação do Estatuto Social.

DELIBERAÇÕES: A acionista da Companhia decidiu, sem ressalvas:

- i) aprovar o aumento do capital social da Companhia, no valor total de R\$ 237.000.000,00 (duzentos e trinta e sete milhões de reais), com a emissão de 117.953.729 (cento e dezessete milhões, novecentas e cinquenta e três mil e setecentas e vinte e nove) ações ordinárias nominativas e sem valor nominal, por um preço de emissão de R\$ 2,009262455 por ação, o qual foi estabelecido pelo critério previsto no artigo 170, parágrafo 1º, inciso II, da Lei 6.404/76. As ações ora emitidas são totalmente subscritas e integralizadas pelo acionista MAPFRE BB SH2 Participações S.A., nesta data, em moeda corrente nacional, conforme indicado no Boletim de Subscrição constante do Anexo I à presente.
- ii) Em decorrência do aumento de capital, ora aprovado, e sua integralização, o Artigo 5º do Estatuto Social passará a vigorar com a seguinte redação: "Artigo 5º O capital social, totalmente subscrito e integralizado, é de R\$ 1.915.863.444,63 (um bilhão, novecentos e quinze milhões, oitocentos e sessenta e três mil, quatrocentos e quarenta e quatro reais e sessenta e três centavos), dividido em 1.291.234.391 (um bilhão, duzentas e noventa e uma milhões, duzentas e trinta e quatro mil, trezentas e noventa e uma) ações ordinárias nominativas e sem valor nominal.
- iii) aprovar a consolidação do estatuto social, nos termos do Anexo II.

[Assinaturas manuais]

[Carimbo circular: Governança]



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ 61.074.175/0001-38 - NIRE 3530004292-1

ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016

ANEXO II

MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)

CNPJ: 61.074.175/0001-38
NIRE: 3530004292.1

ESTATUTO SOCIAL CONSOLIDADO

CAPÍTULO I. DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

Artigo 1 - A Companhia tem a denominação de MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A., constituída como subsidiária integral da MAPFRE BB SH2 Participações S.A. e autorizada a funcionar pelo Decreto Federal nº 38.170, de 31 de outubro de 1955, sendo regida pelo presente Estatuto Social e pelas disposições legais e regulamentares que lhe forem aplicáveis ("Companhia").

Artigo 2 - A Companhia tem sede e foro na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Av. das Nações Unidas, nº 14.261, Ala A, 29º andar, Vila Gertrudes, CEP: 04794-000.

Parágrafo Único - A Companhia poderá, por deliberação da Diretoria, criar e extinguir agências, filiais e escritórios de representação em qualquer lugar do território nacional, conforme Artigo 13, inciso (viii).

Artigo 3 - A Companhia tem por objeto a exploração de operações de seguros de danos, em qualquer das suas modalidades ou formas e do ramo de seguro de pessoas, podendo participar de outras sociedades, observadas as disposições legais pertinentes.

Parágrafo Único - Fica vedado à Companhia prestar fiança, aval, aceite ou coobrigar-se sob qualquer forma em operações estranhas ao seu objeto social, não se aplicando esta vedação no caso de operações de seguro, cosseguro e resseguro.




Artigo 4 - O prazo de duração da Companhia é indeterminado.

CAPÍTULO II. CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

Artigo 5 - O capital social, totalmente subscrito e integralizado, é de R\$ 1.915.863.444,63 (um bilhão, novecentos e quinze milhões, oitocentos e sessenta e três mil, quatrocentos e quarenta e quatro reais e sessenta e três centavos), dividido em 1.291.234.391 (um bilhão, duzentas e noventa e uma milhões, duzentas e trinta e quatro mil, trezentas e noventa e uma) ações ordinárias nominativas e sem valor nominal.

Parágrafo 1º - As ações poderão ser representadas por cautelares representativas e títulos múltiplos de ações, que deverão ter, obrigatoriamente, as assinaturas de 2 (dois) de seus Diretores, de conformidade com este Estatuto Social e com a legislação aplicável.

Página 4 de 12



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ: 61.074.175/0001-38
NIRE: 3530004292.1

ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016

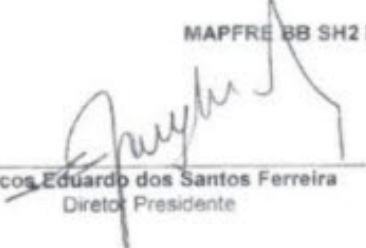
ANEXO I


BOLETIM DE SUBSCRIÇÃO

Boletim de subscrição relativo à emissão de 117.953.729 (cento e dezessete milhões, novecentas e cinquenta e três mil e setecentas e vinte e nove) ações ordinárias, nominativas e sem valor nominal, pelo preço de emissão de R\$ 2.009262455 por ação, resultando em um aumento no valor de R\$ 237.000.000,00 (duzentos e trinta e sete milhões de reais)

Subscritor	Ações ON	Ações PN	Preço da Emissão por ação (em R\$)	Prazo de Integralização	Forma de Integralização
MAPFRE BB SH2 PARTICIPAÇÕES S.A., sociedade por ações, com sede na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Av. das Nações Unidas, nº 14.261, Ala A, 29º andar, Vila Gertrudes, CEP 04794-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.264.857/0001-06, com seus atos constitutivos arquivados na JUCESP sob o NIRE 3530038527/6	117.953.729	--	R\$ 2.009262455	Totalmente integralizadas	À vista em moeda corrente nacional

MAPFRE BB SH2 PARTICIPAÇÕES S.A.


Marcos Eduardo dos Santos Ferreira
Diretor Presidente


Roberto Barroso
Diretor Vice-Presidente



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ 61.074.175/0001-38 - NIRE 3530004292-1

ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016

- (v) criação ou mudança de qualquer das características da Companhia que implique efeitos fiscais para seu acionista ou os acionistas do seu acionista;
- (vi) deliberação acerca de recuperação judicial ou extrajudicial, dissolução, liquidação ou falência da Companhia;
- (vii) aprovação de planos de oferta de ações ou de opções de ações (*stock option*), de bônus de subscrição, assim como de qualquer oferta pública de emissão de valores mobiliários pela Companhia;
- (viii) redução do dividendo mínimo obrigatório;
- (ix) aprovação da política de reinvestimento da Companhia, de proposta de destinação de resultados da Diretoria, da fixação do prazo de pagamento de dividendos aos acionistas ou de constituição de reservas, no caso em que as propostas não se ajustem ao previsto na política de dividendos da Companhia, conforme estabelecida, de tempos em tempos, pelo acionista único da Companhia;
- (x) negociação, recompra, amortização, cancelamento e/ou resgate de valores mobiliários de emissão da Companhia, os termos e condições dessas operações, incluindo, sem limitação, preços e demais condições aplicáveis a essas operações, em conformidade com os requisitos legais aplicáveis;
- (xi) prática, pela Companhia, de qualquer ato gratuito;
- (xii) eleição, demissão/destituição, reeleição ou substituição dos membros da Diretoria e fixação da remuneração global dos Diretores;
- (xiii) emissão por meio de oferta pública ou privada, pela Companhia, de valores mobiliários representativos de endividamento, conversíveis ou não em ações, incluindo mas a tanto não se limitando a emissão de debênturas, títulos, bônus, notas promissórias (*commercial papers*);
- (xiv) aquisição ou arrendamento de ativos (incluindo bens móveis, imóveis e intangíveis, como marcas e propriedade intelectual) e a aquisição de participação em outras sociedades, bem como a formação de consórcios, *joint-ventures* ou de associações com outras sociedades por valor superior a 2,5% do valor do patrimônio líquido da Companhia;
- (xv) alienação ou oneração de bens do ativo fixo da Companhia, inclusive bens móveis, imóveis, marcas e propriedade intelectual, títulos ou valores mobiliários, e/ou cessão de direitos por valor superior a 2,5% do valor do patrimônio líquido da Companhia;
- (xvi) aprovação de qualquer operação, assunção de dívida, negócio, prestação de garantia ou despesa com ativo fixo que implique aumento do endividamento financeiro ou equivalente da Companhia por valor superior a 1% do valor do patrimônio líquido da Companhia;

Página 6 de 12



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ 61.074.175/0001-38 - NIRE 3530004292-1

**ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016**

Parágrafo 2º - Cada ação ordinária dará direito a 1 (um) voto nas deliberações das Assembleias Gerais da Companhia.

Parágrafo 3º - A Companhia não poderá emitir partes beneficiárias.

CAPÍTULO III. ASSEMBLEIAS GERAIS

Artigo 6º - A Assembleia Geral é o órgão superior do governo da Companhia.

Artigo 7º - As Assembleias Gerais poderão ser Ordinárias ou Extraordinárias e somente se instalarão com a presença do seu único acionista, devidamente representado, na forma do seu estatuto social.

Parágrafo Único - As Assembleias Gerais serão presididas pelo Diretor Presidente ou na sua ausência, pelo Diretor Vice-Presidente. Em caso de ausência do Diretor Presidente e do Diretor Vice-Presidente, o acionista único escolherá o Presidente da Mesa entre os presentes.

Artigo 8º - A Assembleia Geral Ordinária será realizada, necessariamente, até o dia 31 de março de cada ano, para:

- (i) tomar as contas da Diretoria;
- (ii) discutir e votar as demonstrações financeiras;
- (iii) deliberar sobre a destinação do lucro líquido do exercício e a distribuição dos dividendos; e
- (iv) eleger os membros da Diretoria e decidir sobre a instalação do Conselho Fiscal, e fixar os montantes globais anuais de remuneração dos Diretores e membros do Conselho Fiscal.

Artigo 9º - Sem prejuízo da competência da Assembleia Geral prevista pela legislação aplicável, a aprovação das seguintes deliberações dependerá de aprovação pela Assembleia Geral da Companhia:

- (i) distribuição de dividendos, pagamento de juros sobre o capital próprio, ou qualquer outra forma de remuneração ao acionista, em montante superior àquele determinado na política de dividendos da Companhia, conforme estabelecida, de tempos em tempos, pelo acionista único da Companhia;
- (ii) mudança na política de distribuição de dividendos ou de juros sobre o capital próprio;
- (iii) aprovação de procedimentos de fusão, incorporação, cisão ou transformação ou qualquer operação societária similar envolvendo a Companhia ou seus negócios presentes ou futuros;
- (iv) qualquer alteração do Estatuto Social que implique: (a) aumento ou redução de capital; (b) alteração dos direitos conferidos pelas ações; (c) alteração no objeto social; ou (d) modificação da competência da Assembleia Geral de Acionistas e de quórum de presença e deliberação.

Página 5 de 12



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ 61.074.175/0001-38 - NIRE 3530004292-1

**ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016**

- (xxx) definir, periodicamente, observado o disposto no Plano de Negócios, as linhas gerais relativas a alçadas e natureza das aplicações, investimentos e outros negócios a serem feitos pela Companhia;
- (xxxi) examinar sobre a mudança da estrutura organizacional da Companhia, inclusive para criação ou extinção de cargos e funções no nível da Diretoria;
- (xxxii) autorizar a Companhia a adquirir suas próprias ações, observado o disposto no artigo 30 da Lei 6.404, de 15/12/1976 ("Lei das Sociedades por Ações"), e
- (xxxiv) declarar dividendos intermediários ou intercalares.

CAPÍTULO IV. ADMINISTRAÇÃO

Artigo 10 - A Companhia será administrada por uma Diretoria, composta por até 12 (doze) diretores, sempre em um número par de membros, os quais deverão ser divididos, em iguais números, entre diretores indicados pela BB Seguros Participações S.A. ("**Diretores B**") e diretores indicados pela Mapfre Brasil Participações S.A. ("**Diretores M**"). A Assembleia Geral elegerá um Diretor Presidente entre os Diretores M e um Diretor Vice-Presidente entre os Diretores B.

Parágrafo 1º - Os Diretores exercerão os seus mandatos por um prazo de 3 (três) anos, permitida a reeleição.

Parágrafo 2º - Os membros da Diretoria da Companhia ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

Parágrafo 3º - As pessoas que desempenharem o cargo de Diretor devem ser pessoas físicas de reconhecida reputação e prestígio em sua atividade profissional e comercial, com a qualificação necessária ou experiência profissional no ramo de negócio da Companhia e suas subsidiárias.

Artigo 11 - A Assembleia Geral designará, dentre os membros da Diretoria, aqueles que receberão as responsabilidades perante a SUSEP, nos termos das Circulares SUSEP n.º 234 e 249, das Resoluções CNSP n.º 116 e 143 bem como em quaisquer normas editadas ou que vierem a ser editadas, estabelecendo a obrigatoriedade de tal designação, conforme dispõe a Carta-Circular SUSEP/DECON/GAB/Nº 05/06, de 29/03/2006 e suas alterações posteriores.

Parágrafo Único - A investidura dos Diretores no cargo dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo de posse, após a homologação pela SUSEP.

Artigo 12 - As resoluções da Diretoria serão aprovadas pelo voto da maioria simples dos Diretores presentes na reunião da Diretoria.

Parágrafo Único - Caso ocorra uma situação de empate no âmbito de reuniões de Diretoria, o procedimento abaixo deverá ser observado:

- (i) será suspensa por 3 (três) dias úteis a reunião em que se tenha identificada a impossibilidade de acordo relativamente a uma determinada matéria;

Página 8 de 12



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ 61.074.175/0001-38 - NIRE 3530004292-1

ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016

- (xvii) aprovação de qualquer operação de empréstimo, adiantamento ou extensão de crédito para terceiros feitos pela Companhia e/ou por qualquer das suas subsidiárias;
- (xviii) aprovação de alterações na política de endividamento da Companhia;
- (xix) celebração de contratos ou assunção de qualquer tipo de obrigação entre a Companhia e/ou suas subsidiárias e os acionistas ou controladores, diretos ou indiretos, de seus acionistas ou sociedades que sejam, direta ou indiretamente, controladas ou coligadas dos acionistas da Companhia ou de seus controladores, bem como os respectivos empregados dessas sociedades ou com quaisquer pessoas vinculadas aos acionistas;
- (xx) realização de atos que importem renúncia e/ou restrição, pela Companhia, de direitos;
- (xxi) aprovação de operações e negócios em geral cuja natureza seja diferente do tipo de operação ou negócio normalmente, ou historicamente, empreendido pela Companhia, e/ou por qualquer das suas subsidiárias, bem como o desenvolvimento de novos negócios pela Companhia;
- (xxii) aprovação de ajuizamento de processos judiciais cuja matéria em discussão exceda 1% do valor do patrimônio líquido da Companhia e que não se relacionem a gestão de sinistros provenientes da atividade seguradora;
- (xxiii) eleição, demissão/destituição ou substituição, bem como fixação de atribuições, dos auditores independentes;
- (xxiv) constituição e extinção de subsidiárias, coligadas ou controladas da Companhia; criação e extinção de agências, filiais, bem como a criação e extinção de sucursais e/ou escritórios de representação da Companhia no exterior;
- (xxv) aprovação do orçamento anual da Companhia (incluindo investimentos e operações), bem como quaisquer alterações posteriores relevantes ao mesmo;
- (xxvi) aprovação e alteração do plano de negócios da Companhia e do planejamento estratégico da Companhia, o qual conterá, dentre outras matérias, a orientação geral dos negócios da Companhia;
- (xxvii) aprovação de modificações significativas na estrutura da política comercial das subsidiárias da Companhia;
- (xxviii) aprovação da política de publicidade e de modificações significativas a tal política quando inclua nomes, logos ou marcas de qualquer dos acionistas do acionista único da Companhia e dos respectivos grupos econômicos;
- (xxix) aprovação de modificações no plano de remuneração que afetem significativamente os empregados oriundos do Banco do Brasil ou outras sociedades do seu grupo econômico;
- (xxx) aprovação da contratação de prestadores de serviços e/ou fornecedores cujo valor seja superior a 3 milhões de reais;

Página 7 de 12



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ 61.074.175/0001-38 - NIRE 3530004292-1

**ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016**

- (ii) convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Diretoria da Companhia;
- (iii) manter a acionista única da Companhia informada sobre todas as atividades relevantes da Companhia e enviar aos membros do Conselho de Administração da acionista única da Companhia relatórios trimestrais;
- (iv) propor ao Conselho de Administração da acionista única da Companhia planos que orientem o desenvolvimento da Companhia em todos os segmentos de suas atividades; e
- (v) elaborar e propor ao Conselho de Administração da acionista única da Companhia projetos de mudanças organizacionais decorrentes de exigências do negócio.

Artigo 15 - Além das atribuições previstas no Artigo 13, compete ao Diretor Vice-Presidente da Companhia:

- (i) propor ao Diretor Presidente planos que orientem o desenvolvimento da Companhia em todos os segmentos de suas atividades;
- (ii) elaborar e propor ao Diretor Presidente projetos de mudanças organizacionais decorrentes de exigências do negócio; e
- (iii) conduzir e coordenar as ações operacionais e corporativas da Companhia.

Artigo 16 - As deliberações da Diretoria e os atos dos respectivos Diretores, no exercício regular de seus cargos, obrigam a Companhia, na forma da lei e do Estatuto Social, ficando os Diretores, em caso de violação, solidariamente responsáveis pelos prejuízos causados a terceiros e acionistas.

CAPÍTULO V. CONSELHO FISCAL

Artigo 17 - A Companhia terá um Conselho Fiscal não permanente, cabendo à Assembleia Geral da Companhia a decisão por sua instalação.

Artigo 18 - O Conselho Fiscal da Companhia, quando instalado, será composto pelos mesmos membros que integram o Conselho Fiscal da MAPFRE BB SH2 Participações S.A.

Parágrafo Único - Os membros do Conselho Fiscal tomarão posse mediante a assinatura do termo respectivo, lavrado em livro próprio.

CAPÍTULO VI. COMITÊ DE AUDITORIA

Artigo 19 - A Companhia será supervisionada pelo Comitê de Auditoria da MAPFRE BB SH2 Participações S.A., o qual, nos termos do art. 14 da Resolução SUSEP n.º 118, de 22/12/2004 e legislação posterior, servirá a todas as sociedades supervisionadas integrantes do conglomerado financeiro do qual a instituição líder é a MAPFRE BB SH2 Participações S.A. ("Instituição Líder").

Página 10 de 12



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ 61.074.175/0001-38 - NIRE 3530004292-1

**ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016**

- (ii) durante o prazo da suspensão, os Diretores e os acionistas que os indicaram deverão realizar os melhores esforços para alcançar um consenso relativamente à citada matéria controvertida; e
- (iii) caso, apesar dos esforços realizados, não tenha sido possível se alcançar um consenso relativo à matéria controvertida, a reunião da Diretoria será retomada no 4º (quarto) dia útil após a referida suspensão, sem necessidade de convocação prévia, no mesmo horário e local em que tiver havido iniciado, a fim de que se continue a discussão se vote a referida matéria controvertida.

Artigo 13 - Além das atribuições previstas na legislação aplicável, compete à Diretoria a prática dos seguintes atos:

- (i) zelar pelo cumprimento do plano de negócios e do orçamento anual da Companhia;
- (ii) representar ativa e passivamente a Companhia perante quaisquer terceiros;
- (iii) cumprir e fazer cumprir as determinações da Assembleia Geral da Companhia;
- (iv) formular e submeter à aprovação da Assembleia Geral da Companhia os objetivos gerais de atuação e os planos estratégicos para o sucesso de tais objetivos, assim como do plano de negócios, bem como analisar periodicamente a situação de cumprimento de tais objetivos e estratégias e adotar as medidas necessárias para sua consecução;
- (v) formular e submeter à aprovação da Assembleia Geral da Companhia os pressupostos anuais de receitas, despesas e resultados, assim como as previsões anuais da situação financeira e patrimonial da Companhia, bem como analisar periodicamente a situação de cumprimento de tais pressupostos e previsões e adotar as medidas necessárias para sua consecução;
- (vi) identificar os principais riscos da Companhia, adotando e, se for o caso, propondo à aprovação da Assembleia Geral da Companhia as medidas necessárias para sua adequada prevenção e gestão;
- (vii) receber e analisar informações sobre incidências operacionais de caráter fiscal, fiscalizações, inspeções ou interposição de defesas e recursos, e
- (viii) criar e extinguir agências, filiais, sucursais e/ou escritórios de representação da Companhia.

Parágrafo Único - A representação da Companhia dar-se-á mediante a assinatura de dois Diretores, agindo em conjunto, dos quais, necessariamente, um Diretor B e um Diretor M.

Artigo 14 - Além das atribuições previstas no artigo acima, compete ao Diretor Presidente da Companhia:

- (i) supervisionar, orientar e coordenar as atividades dos demais Diretores, estabelecendo, quando for o caso, as funções de cada um dentro do seu setor de atividade;

Página 9 de 12

[Assinatura]

[Assinatura]



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ 61.074.175/0001-38 - NIRE 3530004292-1

**ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016**

Parágrafo 2º. Quando a Reserva de Investimentos atingir o montante do capital social, ou quando a Companhia entender que o saldo da reserva excede o necessário para cumprir sua finalidade, a Assembleia Geral poderá determinar sua aplicação total ou parcial na integralização ou aumento do capital social ou na distribuição de dividendos, na forma do artigo 199 da Lei das Sociedades por Ações.

Artigo 25 - Por deliberação da Diretoria, a Companhia poderá levantar balanços intermediários, bem como declarar dividendos ou juros sobre o capital próprio à conta de lucros apurados nesses balanços ou de reservas de lucros existentes.

Artigo 26 - A Companhia poderá pagar juros a título de remuneração de capital próprio calculados sobre as contas do patrimônio líquido, observados a taxa e os limites estabelecidos na legislação fiscal. O valor pago ao acionista único a título de juros sobre o capital próprio será deduzido do valor do dividendo mínimo obrigatório.

CAPÍTULO IX. DISSOLUÇÃO E LIQUIDAÇÃO

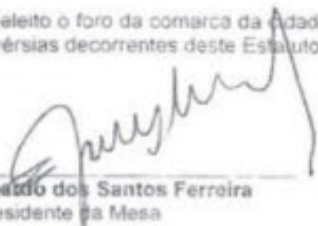
Artigo 27 - A Companhia se dissolverá nos casos estabelecidos pela lei ou por deliberação da Assembleia Geral de Acionistas.


Parágrafo Único - A própria Assembleia Geral de Acionistas estabelecerá a forma que se dará a dissolução, nomeando, para tanto, um ou vários liquidantes, cujo número deverá ser, sempre, ímpar.

Artigo 28 - A liquidação da Sociedade se dará nos casos estabelecidos na legislação aplicável.

CAPÍTULO X. FORO

Artigo 29 - Fica eleito o foro da comarca da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer controvérsias decorrentes deste Estatuto Social.


Marcos Eduardo dos Santos Ferreira
Presidente da Mesa


Roberto Barroso
Secretário da Mesa



MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.
(Subsidiária Integral)
CNPJ 61.074.175/0001-38 - NIRE 3530004292-1

ATA DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA
REALIZADA EM 30 DE JUNHO DE 2016

CAPÍTULO VII. ACORDO DE ACIONISTAS

Artigo 20 - O acordo de acionistas devidamente registrado na sede da Companhia, que estabeleça as condições de compra e venda de suas ações, o direito de preferência na sua compra, o exercício do direito de voto ou do poder de controle ou, ainda, outras avenças, serão sempre observados pela Companhia ("Acordo de Acionistas").

Artigo 21 - Os administradores deverão cumprir e zelar pelo cumprimento dos Acordos de Acionistas e dos planos de negócios e orçamentos anuais aprovados nos termos do Acordo de Acionistas e deste Estatuto Social.

CAPÍTULO VIII. EXERCÍCIO SOCIAL E DESTINAÇÃO DOS LUCROS

Artigo 22 - O exercício social inicia-se a 1º de janeiro e encerra-se a 31 de dezembro de cada ano.

Artigo 23 - A Diretoria deverá deliberar, no prazo máximo de dois meses a partir do fechamento de cada exercício, sobre as contas anuais e a proposta de aplicação do resultado do exercício.

Parágrafo Único - Após prévia análise e manifestação dos auditores independentes e do Conselho Fiscal, caso esteja instalado, nos termos da lei, as contas anuais e a proposta de aplicação do resultado do exercício deverão ser submetidos à Assembleia Geral Ordinária.

Artigo 24 - O lucro líquido apurado em cada exercício terá a seguinte ordem de aplicação:

- (i) 5% (cinco por cento) serão aplicados, antes de qualquer outra destinação, na constituição da Reserva Legal, que não excederá a 20% (vinte por cento) do capital social;
- (ii) uma parcela será destinada ao pagamento do dividendo obrigatório ao acionista único, no montante equivalente a 25% do lucro líquido do exercício;
- (iii) uma parcela, por proposta dos órgãos da administração, poderá ser destinada à formação de Reserva de Investimentos, nos termos dos parágrafos 1º e 2º abaixo; e
- (iv) no exercício em que o montante do dividendo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro do exercício, a Assembleia Geral poderá, por proposta dos órgãos de administração, destinar o excesso à constituição da Reserva de Lucros a Realizar.

Parágrafo 1º. A Reserva de Investimentos tem o objetivo de prover fundos que garantam o nível de capitalização da Companhia, investimentos em atividades relacionadas com o objeto social da Companhia, o aumento de capital nas sociedades das quais participa como acionista, a aquisição de sociedades congêneres e/ou o pagamento de dividendos futuros ou suas antecipações. A parcela anual dos lucros líquidos destinada à Reserva de Investimento será determinada pelos acionistas em Assembleia Geral.

[Assinatura manuscrita]





PORTARIA Nº 5, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE AUTORIZAÇÕES E LICITAÇÕES DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUPER, no uso da competência atribuída pelo Diretor de Organização do Sistema de Seguros Privados, por meio de Portaria nº 206, de 14 de dezembro de 2016, tendo em vista o disposto no artigo 1º do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966 e a que consta do processo Smap 151414.01170/2016-51, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de administrador da VIG SEGUROS S.A., CNPJ nº 26.990.150/0001-57, com sede na cidade de São Paulo - SP, conforme deliberação tomada por esta assembleia no resultado de conselho de administração realizado em 1º de dezembro de 2016.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO CESAR DA COSTA MENDES

PORTARIA Nº 6, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE AUTORIZAÇÕES E LICITAÇÕES DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUPER, no uso da competência atribuída pelo Diretor de Organização do Sistema de Seguros Privados, por meio de Portaria nº 206, de 14 de dezembro de 2016, tendo em vista o disposto no artigo 1º do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966 e a que consta do processo Smap 151414.01170/2016-18, resolve:

Art. 1º Aprovar as seguintes alterações societárias pelas assembleias de EURECH SANTANHO BRASILEIRO, SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A., CNPJ nº 47.356.199/0001-01, com sede na cidade de São Paulo - SP, na assembleia geral extraordinária realizada em 28 de outubro de 2016:

I - Alteração da denominação da sede para Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2223, Bloco A, 10º andar, Vila Olímpica, São Paulo - SP, e

II - Reforma e consolidação do estatuto social.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO CESAR DA COSTA MENDES

PORTARIA Nº 7, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE AUTORIZAÇÕES E LICITAÇÕES DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUPER, no uso da competência atribuída pelo Diretor de Organização do Sistema de Seguros Privados, por meio de Portaria nº 206, de 14 de dezembro de 2016, tendo em vista o disposto no artigo 1º do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966 e a que consta do processo Smap 151414.01170/2016-46 e 151414.01170/2016-71, resolve:

Art. 1º Aprovar as seguintes alterações societárias pelas assembleias de MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A., CNPJ nº 41.074.171/0001-38, com sede na cidade de São Paulo - SP, na assembleia geral extraordinária realizada em 30 de junho de 2016:

I - Aumento do capital social em R\$ 237.000.000,00, adicionando-se R\$ 1.914.543.446,00, divididos em 1.294.234.200 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal, e

II - Alteração do artigo 2º e consolidação do estatuto social.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO CESAR DA COSTA MENDES

PORTARIA Nº 8, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE AUTORIZAÇÕES E LICITAÇÕES DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUPER, no uso da competência atribuída pelo Diretor de Organização do Sistema de Seguros Privados, por meio de Portaria nº 206, de 14 de dezembro de 2016, tendo em vista o disposto no artigo 1º do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966 e a que consta do processo Smap 151414.01170/2016-85, resolve:

Art. 1º Aprovar a destituição do administrador de PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S.A., CNPJ nº 36.198.284/0001-60, com sede na cidade de São Paulo - SP, conforme deliberação tomada por esta assembleia no resultado de conselho de administração realizado em 1º de novembro de 2016.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO CESAR DA COSTA MENDES

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico www.gov.br/diariooficial/ufpb, pelo código 903121712288991.

PORTARIA Nº 9, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE AUTORIZAÇÕES E LICITAÇÕES DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUPER, no uso da competência atribuída pelo Diretor de Organização do Sistema de Seguros Privados, por meio de Portaria nº 206, de 14 de dezembro de 2016, tendo em vista o disposto no artigo 1º do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966 e a que consta do processo Smap 151414.01170/2016-72, resolve:

Art. 1º Aprovar as seguintes alterações societárias pelas assembleias de PORTO SEGURO CAPITALIZAÇÃO S.A., CNPJ nº 16.331.710/0001-18, com sede na cidade de São Paulo - SP, na assembleia geral extraordinária realizada em 1º de novembro de 2016:

I - Destituição do administrador; e

II - Alteração do artigo 17 e consolidação do estatuto social.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Ministério da Integração Nacional

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 49, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2016

O MINISTRO DE ESTADO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, no uso da atribuição a ele conferida no artigo 1º do Decreto nº 8.165, de 14 de janeiro de 1991, e no art. 4º do Decreto nº 2.199-14, de 31 de agosto de 2001, resolve:

Art. 1º Promover, em 31 de dezembro de 2017, o prazo para a entrega das propostas de que trata o art. 1º do Decreto nº 8.165/91, para os casos em que a referida aplicação atinja pontos de decisão judicial ou administrativa relativos ao regime das concessões de 1999 a 2015, com exceção de 1999 a 2001.

Art. 2º Casar, para fins de aplicação na modalidade prevista no art. 1º do Decreto nº 8.165/91, os recursos que não se enquadrarem no referido prazo, no prazo de que trata o artigo anterior, por falta de habilitação das respectivas empresas licitadoras.

Parágrafo único. Verificada a inexistência de recursos, os recursos operacionais das Unidades de Investimentos Regionais Remanescentes e os recursos correspondentes quanto ao favor das respectivas pessoas jurídicas optativas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DELLER BARBOSA

REINSCAÇÃO DO MINISTRO

Em 26 de dezembro de 2016

O MINISTRO DE ESTADO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, no uso da atribuição a ele conferida no artigo 1º do Decreto nº 8.165, de 14 de janeiro de 1991, e no Decreto nº 2.199-14, de 31 de agosto de 2001, e no art. 4º do Decreto nº 8.165/91, resolve:

Art. 1º Promover a substituição de Sérgio Tereza Adriano no Conselho Administrativo de 20/02/16, com a seguinte composição: VIGOR, LUCIA E TEREZA ADRIANO DE SALES LIMA, no cargo de CNPJ nº 31.548.460/0001-00, no cargo de 15 de março de 2017, no valor total de R\$ 3.124.400,00, sendo mil reais, noventa e cinco mil, quatrocentos e noventa e cinco reais e cinco centavos.

O MINISTRO DE ESTADO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, no uso da atribuição a ele conferida no artigo 1º do Decreto nº 8.165, de 14 de janeiro de 1991, e no Decreto nº 2.199-14, de 31 de agosto de 2001, e no art. 4º do Decreto nº 8.165/91, resolve:

Art. 1º Promover a substituição de Sérgio Tereza Adriano no Conselho Administrativo de 20/02/16, com a seguinte composição: VIGOR, LUCIA E TEREZA ADRIANO DE SALES LIMA, no cargo de CNPJ nº 31.548.460/0001-00, no cargo de 15 de março de 2017, no valor total de R\$ 3.124.400,00, sendo mil reais, noventa e cinco mil, quatrocentos e noventa e cinco reais e cinco centavos.

DELLER BARBOSA

Ministério da Justiça e Cidadania

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL
DIRETORIA EXECUTIVA
COORDENAÇÃO-GERAL DE CONTROLE
DE SEGURANÇA PRIVADA

PORTARIA Nº 547, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DA POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 30 do Lei 7.102/93, regulamentada pelo Decreto nº 89.556/93, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, resolve:

Art. 1º Promover a substituição de Sérgio Tereza Adriano no Conselho Administrativo de 20/02/16, com a seguinte composição: VIGOR, LUCIA E TEREZA ADRIANO DE SALES LIMA, no cargo de CNPJ nº 31.548.460/0001-00, no cargo de 15 de março de 2017, no valor total de R\$ 3.124.400,00, sendo mil reais, noventa e cinco mil, quatrocentos e noventa e cinco reais e cinco centavos.

Em substituição comercial autorizada pelo Exército Brasileiro, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 30 do Lei 7.102/93, regulamentada pelo Decreto nº 89.556/93, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, resolve:

CARLOS RODRIGO FERREIRA COSTA

ASSINAR Nº 547, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DA POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 30 do Lei 7.102/93, regulamentada pelo Decreto nº 89.556/93, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, resolve:

Em substituição comercial autorizada pelo Exército Brasileiro, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 30 do Lei 7.102/93, regulamentada pelo Decreto nº 89.556/93, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, resolve:

CARLOS RODRIGO FERREIRA COSTA

ASSINAR Nº 547, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DA POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 30 do Lei 7.102/93, regulamentada pelo Decreto nº 89.556/93, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, resolve:

Em substituição comercial autorizada pelo Exército Brasileiro, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 30 do Lei 7.102/93, regulamentada pelo Decreto nº 89.556/93, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, resolve:

CARLOS RODRIGO FERREIRA COSTA

ASSINAR Nº 547, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DA POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 30 do Lei 7.102/93, regulamentada pelo Decreto nº 89.556/93, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, resolve:

Em substituição comercial autorizada pelo Exército Brasileiro, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 30 do Lei 7.102/93, regulamentada pelo Decreto nº 89.556/93, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, resolve:

CARLOS RODRIGO FERREIRA COSTA

ASSINAR Nº 547, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DA POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 30 do Lei 7.102/93, regulamentada pelo Decreto nº 89.556/93, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, resolve:

CARLOS RODRIGO FERREIRA COSTA

ASSINAR Nº 547, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2016

O COORDENADOR-GERAL DE CONTROLE DE SEGURANÇA PRIVADA DA POLÍCIA FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 30 do Lei 7.102/93, regulamentada pelo Decreto nº 89.556/93, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, e o disposto no art. 1º do Decreto nº 20.616/91, resolve:

CARLOS RODRIGO FERREIRA COSTA

ASSINAR Nº 547, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2016

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico www.gov.br/diariooficial/ufpb, pelo código 903121712288991.

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

TABELEJO DE NOTAS DE SÃO PAULO
Rua Liberto Badur, 365 - 2º andar
AUTENTICAÇÃO
Assinatura e presente cópia autenticada
data conforme o original apresentado, em 14
03 JAN 2017
Rogério Pereira
Válido somente com o
selo de autenticidade
SELLOS PAGO







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 2ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001

AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO INCLUSÃO ADVOGADO

Certifico, para os devidos fins de direito, que, nesta data, procedi à inclusão do(a)(s) patrono(a)(s) **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO - OAB PE25393-D** da parte Ré, conforme pedido de exclusividade id 73796632.

RECIFE, 26 de janeiro de 2021.

MARIA LUCIANA DA SILVA

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 2ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001

AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

ATO ORDINATÓRIO

Em cumprimento ao disposto no Provimento do Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça de Pernambuco nº 08/2009, publicado no DOPJ de 09/06/2009, e nos termos do art. 152, VI, e do art. 203, § 4º ambos da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, intimo o(a)s Autor(a)(es)/Exequente(s) para, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar(em)-se sobre a(s) contestação(ões) e documento(s) por ventura anexados, bem como apresentar(em) resposta à(s) reconvenção(ões), caso apresentada(s).

RECIFE, 26 de janeiro de 2021.

MARIA LUCIANA DA SILVA

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 2ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001
AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção A da 2ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 72542148, conforme segue transcrito abaixo:

" DESPACHO V. Defiro a gratuidade da Justiça. Considerando a necessidade de perícia antecedente a audiência de conciliação, reputo prejudicada a realização de audiência prévia. Cite-se a parte promovida para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis (art. 335, CPC/2015), ofertar resposta aos termos da ação, sob pena de revelia e confissão quanto à matéria fática (art. 344, CPC/2015). A fim de sanar qualquer dúvida, o termo inicial do prazo para contestação será a data de juntada do A.R. positivo aos autos. Cumpra-se. Recife, 15 de dezembro de 2020 JULIO CEZAR SANTOS DA SILVA Juiz de Direito"

RECIFE, 26 de janeiro de 2021.

MARIA LUCIANA DA SILVA
Diretoria Cível do 1º Grau



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE/PE.

CELIO ROBERTO DOS SANTOS, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, através de sua advogada infra-assinada, vem, mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência, de acordo com despacho exarado, apresentar RÉPLICA À CONTESTAÇÃO, pelos seguintes fatos e fundamentos jurídicos.

DA NECESSIDADE DE PERÍCIA MÉDICA

Em análise aos documentos carregados a inicial, pode-se verificar que não há nos autos Laudo capaz de atestar o grau de debilidade/incapacidade alegada. Razão pela qual, se pugna pela a realização de perícia médica, conforme já detalhado no rol de pedidos.

Em contra partida, oportunamente, a parte Autora informa que através de acordo firmado entre o TJ/PE e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, por meio do Ofício de nº 005/2015, restou fixado que os honorários médicos serão suportados pela parte Demandada, para a realização de Perícia Médica, através dos médicos conveniados.

Razão pela qual, se requer a intimação da empresa Demandada para realizar o depósito judicial em até 15 (quinze) dias após a conclusão da perícia. Competindo a parte Autora comparecer diligentemente na data programada para oportunizar a realização deste ato.

DOS FATOS:

O autor foi vítima de acidente de trânsito. Em atendimento médico, fora constatado que o autor sofreu UMA SÉRIE DE LESÕES GRAVES que resultaram em DEBILIDADE PERMANENTE, conforme documentação probatória em anexo.

Até a presente data foi paga ao autor quantia menor ao qual faz jus em decorrência da debilidade suportada.

A empresa ré nada alega acerca dos fatos trazidos na exordial que comprometa o direito do autor, tendo em vista, inclusive, que a prova inequívoca do acidente, tem sua validade comprovada pelo Boletim de Ocorrência, demais documentos e laudos que atestam a debilidade permanente do replicante. Portando não restou ao contestante outra coisa senão procrastinar o devido andamento desta ação.

DO MÉRITO:

Sendo o autor, vítima de acidente automotor, atrai a aplicação da Lei 6.194/74 (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoa transportada ou não); conforme art. 3, alínea “b” que dispõe:

“Art. 3º. Os danos pessoais coberto pelo seguro estabelecido no art. 2 compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que seguem, por pessoa vitimada:

(...)



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

DOS FATOS NÃO CONTESTADOS E QUE SE ENCONTRAM ACOBERTADOS PELA PRESUNÇÃO DE VERACIDADE DO ART. 302 DO CPC.

Isto mesmo Douto Julgador! A seguradora, não contestou de forma precisa os fatos narrados na inicial, ficando sua tese de defesa em alegações vazias e sem qualquer fundamentação jurídica, restando assim, necessária, a aplicação do princípio da presunção de veracidade.

Vige no direito pátrio a regra de que cabe ao réu se manifestar precisamente sobre os fatos narrados na inicial, sob pena de serem os mesmo presumidos verdadeiros, conforme o princípio da presunção da veracidade dos fatos não contestados pelo réu, que advém da regra do art. 302 do CPC, *in verbis*:

Art. 302 do CPC. **Cabe também ao réu manifestar-se precisamente sobre os fatos narrados na petição inicial. Presume-se verdadeiros os fatos não impugnados**, salvo:

I – se não for admissível, a seu respeito, a confissão;

II – se a petição inicial não estiver acompanhada de instrumento público que a lei considerar da substância do ato;

III – se estiverem em contradição com a defesa, considerada em seu conjunto.

Parágrafo único. Omissis.

(grifos nossos).

Com efeito, na defesa ora replicada o devedor promovido deixa de se pronunciar acerca de fatos importantes constantes da peça inicial, que demonstra de maneira inequívoca a certeza da pretensão da empresa credora, o que nos leva irremediavelmente a presumir pela veracidade do pedido judicial, como já era de se esperar.

Com relação ao ônus da prova e a necessidade de produção de prova pericial é de fundamental importância destacar a existência do convenio realizado entre o TJ e a Seguradora Líder conforme acima citado, onde será possível a realização de uma perícia que quantifique o grau da debilidade suportada pelo autor, em consonância com a Lei que rege a matéria. A lei 11.482/2007 atribui poderes ao CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados) para expedir normas regulamentadoras e tarifas que atendam ao disposto na já citada lei, o que não inclui a prerrogativa de estabelecer valores de indenização de forma contrária da que foi prevista na própria lei.

Neste sentido, os seguintes julgados:

Valendo-se o juiz do seu livre convencimento, não denota o laudo do IML como o único instrumento capaz de aferir a invalidez da vítima de acidente automobilístico. (...)” (Apelação Cível - Sumário - N. 2005.001034-30000-00 - Campo Grande, Rel. Des. Joenildo de Sousa Chaves, 1ª Turma Cível, 17.5.2005).

Tratando-se de ação de cobrança de seguro obrigatório, não há que se falar em carência de ação, por não haver o autor trazido com a inicial laudo do IML, posto não ser tal documento imprescindível à propositura da referida ação.” (Apelação Cível - Sumário - N. 2005.006715-30000-00 - Campo Grande, Rel. Des. Ildeu de Souza Campos, 1ª Turma Cível, 21.6.2005).

AGRAVO DE INSTRUMENTO - SEGURO -OBRIGATÓRIO DPVAT - INVALIDEZ PERMANENTE - A comprovação da invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico pode ser feita por qualquer meio de prova em direito admitida - Primado do art. 332 do CPC - RECURSO IMPROVIDO. (AI nº 1163554-0/5, 34ª Câmara de Direito Privado, Rei. DES. ANTÔNIO NASCIMENTO)

INDENIZAÇÃO – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – FALTA DO LAUDO



COMPLEMENTAR DO IML – INVALIDEZ DEMONSTRADA POR ATO DE APOSENTADORIA CONSIDERADA A INAPTIDÃO DA VÍTIMA PARA O TRABALHO – LIVRE CONVENCIMENTO MOTIVADO – FALTA DE PRESSUPOSTO DE CONSTITUIÇÃO VÁLIDA DO PROCESSO NÃO VERIFICADA – PRELIMINAR REJEITADA. À míngua de laudo complementar do IML para demonstrar a invalidez da vítima de acidente automobilístico, o livre convencimento do juízo pode se valer de outra prova para tal desiderato, a exemplo do que ocorreu em relação ao ato de aposentadoria do autor diante de sua inaptidão para o trabalho. Assim, não há falar em falta de constituição de desenvolvimento válido e regular do processo de cobrança de indenização devida pelo seguro obrigatório de veículo automotor. (Apelação Cível n. 2005.000418-2. Rel. Des. Elpídio Helvécio Chaves Martins. 1ª Turma Especial. J. 26.1.05. P. 21.2.05).

Com relação ao ônus financeiro de uma possível prova pericial, o beneficiário da assistência judiciária é isentado de depositar e de pagar quaisquer despesas processuais, inclusive honorários de perícia no curso de processo de conhecimento.

O art. 14 da Lei 1.060/50, dispõe sobre a gratuidade dos honorários do perito, “in verbis”:

§ 2.º Salvo motivo escusável ou de força maior, plenamente justificado e assim reconhecido por decisão judicial, os profissionais formados em instituições públicas gratuitas devem aceitar nomeações judiciais, em número anual não superior a três, no prazo de cinco anos a contar da data de conclusão do curso, para elaboração de perícias quando o ônus da prova couber a beneficiários da assistência judiciária.

Nesse sentido, tem entendido nossos tribunais:

A assistência judiciária compreende isenção dos honorários de perito (Lei nº 1.060-50, art. 3º - V): é integral e gratuita. Desse modo, o seu beneficiário não se acha obrigado depositar quantia alguma, respondendo pela remuneração a não-beneficiário, se vencido, ou o Estado, ao qual incumbe a prestação da assistência. Recurso especial conhecido e provido. (Resp. 5.529, 11.2.92, 3ª T STJ, Rel. Min. NILSON NAVES, in DJU 9.3.92, p. 2578) (grifo nosso)

DOS REQUERIMENTOS FINAIS:

Em sendo assim, é possível concluir-se que não poderá furtar-se a empresa ré responsável pelo pagamento do complemento da indenização SEGURO DPVAT.

Que seja determinado perícia Médica para quantificar o grau da debilidade suportada pelo autor, pelos médicos conveniados conforme convenio firmado entre o TJ e a Seguradora Líder.

Requerer que se digne V.Exa. JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE a presente demanda condenando a empresa seguradora ré ao pagamento do complemento da indenização do seguro DPVAT no valor descrito na inicial, acrescidos de juros de mora de 1% a.m, bem como que sejam arbitrados honorários advocatícios de sucumbência a base de (20%) do valor dado à causa.

Protesta provar o alegado, por todos os meios de prova em direito admitidos, juntada de novos documentos, ouvida de testemunhas, depoimento pessoal dos embargantes, sob pena de confesso, e demais meios probatórios.

Nestes Termos,
Pede e Espera Deferimento.
Recife, 21/01/2021



VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES
OAB/PE 18.789





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

Seção A da 2ª Vara Cível da Capital

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

Processo nº **0079426-29.2020.8.17.2001**

AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DESPACHO

A fim de averiguar a extensão da lesão que a parte autora alega ter sofrido em decorrência de acidente automobilístico, nomeio como perito o médico **RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS**, CPF nº 032.343.154-26, cujo currículo se encontra disponível nesta Vara para consulta pelas partes e advogados, especialista em ortopedia e traumatologia, CRM 14616-PE, com endereço eletrônico **rodrigocastrodemedeiros@yahoo.com.br** e contato telefônico (81) 99606-9246, para realizar a perícia aqui designada, devendo ser intimado para este encargo através do sistema PJe, ficando ciente da data e hora aqui informadas.

A perícia será realizada no Instituto Davan, localizado na Rua Dona Ada Vieira, nº 99, Santana, CEP 52060-520, ponto de referência: sexta casa à esquerda na rua da pizza hut na avenida 17 de agosto. A parte autora deverá comparecer para realização do ato no referido local **na data de 17 de março de 2021, quarta-feira, às 9h, sendo a perícia realizada por ordem de chegada, devendo ainda ser atendida as medidas de distanciamento social vigentes à época.**

Intime-se o autor para que compareça ao referido instituto na data e hora indicados para se submeter a exame pericial, advertindo-o que o não comparecimento sem justo motivo ensejará o julgamento de improcedência por falta de provas (art. 373, I do CPC/2015).

A intimação da parte autora, em virtude do acúmulo de mandados decorrentes do isolamento social imposto nos últimos meses, deverá ser realizada preferencialmente por meio do aplicativo whatsapp (não sendo possível, a tentativa deverá ser por e-mail e/ou telefone), caso seja possível, somente considerando-se válida caso a parte autora confirme o recebimento da comunicação, devendo ser certificado nos autos pela Diretoria Cível.

Não sendo efetivada a intimação por esses meios, a Diretoria Cível deverá realizar a intimação por mandado. Nesse caso, a presente decisão, autenticada por servidor lotado na Diretoria Cível do 1º Grau servirá como mandado.



O advogado da parte autora deverá cooperar para fins de que a intimação seja devidamente realizada e poderá acompanhar o ato pericial, inclusive com a prerrogativa de, sendo o caso, estar acompanhado de assistente técnico de sua confiança. Intime-se o advogado pela via eletrônica.

Por sua vez, **intimem-se** as seguradoras demandadas, por seus advogados, para tomarem ciência de que a perícia será realizada na data e local acima indicados, podendo comparecer ao referido ato, inclusive acompanhado de assistente técnico de sua confiança.

Fixo os honorários periciais em R\$300,00 (trezentos reais), **a serem depositados pela demandada**, no prazo de 10 (dez) dias.

Esclareço, ainda, que no prazo de 15 (quinze) dias da intimação deste despacho, as partes poderão oferecer impugnação ao perito nomeado, no caso de impedimento ou suspeição (art. 465, §1º, CPC/2015).

Intimem-se as partes para, querendo, no prazo legal, formular quesitos e indicar assistente técnico, caso ainda não haja manifestação das partes nesse sentido, nos autos. Os assistentes técnicos indicados, como destacado anteriormente, poderão acompanhar a realização da perícia.

Cumpra-se.

Recife, 12 de fevereiro de 2021

JULIO CEZAR SANTOS DA SILVA

Juiz 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 2ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001
AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO HABILITAÇÃO PERITO

Certifico, para os devidos fins de direito, que, nesta data, procedi à habilitação do(a)s perito(a)s **RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS - CPF: 032.343.154-26**.

RECIFE, 16 de fevereiro de 2021.

MARIA LUCIANA DA SILVA
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 2ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001
AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

INTIMAÇÃO - NOMEAÇÃO PERITO

Ilmo Sr., em face do(a) despacho/decisão de ID 75112053 proferido nos autos do processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001 da Seção A da 2ª Vara Cível da Capital, ajuizado por AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS contra REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

, fica a V.S.ª notificado(a) de sua nomeação como perito, bem como INTIMADO(A) do inteiro teor do(a) Despacho/Decisão que segue transcrito abaixo:

"DESPACHO A fim de averiguar a extensão da lesão que a parte autora alega ter sofrido em decorrência de acidente automobilístico, nomeio como perito o médico RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS, CPF nº 032.343.154-26, cujo currículo se encontra disponível nesta Vara para consulta pelas partes e advogados, especialista em ortopedia e traumatologia, CRM 14616-PE, com endereço eletrônico rodrigocastrodemedeiros@yahoo.com.br e contato telefônico (81) 99606-9246, para realizar a perícia aqui designada, devendo ser intimado para este encargo através do sistema PJe, ficando ciente da data e hora aqui informadas. A perícia será realizada no Instituto Davan, localizado na Rua Dona Ada Vieira, nº 99, Santana, CEP 52060-520, ponto de referência: sexta casa à esquerda na rua da pizza hut na avenida 17 de agosto. A parte autora deverá comparecer para realização do ato no referido local na data de 17 de março de 2021, quarta-feira, às 9h, sendo a perícia realizada por ordem de chegada, devendo ainda ser atendida as medidas de distanciamento social vigentes à época. Intime-se o autor para que compareça ao referido instituto na data e hora indicados para se submeter a exame pericial, advertindo-o que o não comparecimento sem justo motivo ensejará o julgamento de improcedência por falta de provas (art. 373, I do CPC/2015). A intimação da parte autora, em virtude do acúmulo de mandados decorrentes do isolamento social imposto nos últimos meses, deverá ser realizada preferencialmente por meio do aplicativo whatsapp (não sendo possível, a tentativa deverá ser por e-mail e/ou telefone), caso seja possível, somente considerando-se válida caso a parte autora confirme o recebimento da comunicação, devendo ser certificado nos autos pela Diretoria Cível. Não sendo efetivada a intimação por esses meios, a Diretoria Cível deverá realizar a intimação por mandado. Nesse caso, a presente decisão, autenticada por servidor lotado na Diretoria Cível do 1º Grau servirá como mandado. O advogado da parte autora deverá cooperar para fins de que a intimação seja devidamente realizada e poderá acompanhar o ato pericial, inclusive com a prerrogativa de, sendo o caso, estar acompanhado de assistente técnico de sua confiança. Intime-se o advogado pela via eletrônica. Por sua vez, intem-se as seguradoras demandadas, por seus advogados, para tomarem ciência de que a perícia será realizada na data e local acima indicados, podendo comparecer ao referido ato, inclusive acompanhado de assistente técnico de sua confiança. Fixo os honorários periciais em R\$300,00 (trezentos reais), a serem depositados pela demandada, no prazo de 10 (dez) dias. Esclareço, ainda, que no prazo de 15 (quinze) dias da intimação deste despacho, as partes poderão oferecer impugnação ao perito nomeado, no caso de impedimento ou suspeição (art. 465, §1º, CPC/2015). Intem-se as partes para, querendo, no prazo legal, formular quesitos e indicar assistente técnico, caso ainda não haja manifestação das partes nesse sentido, nos autos. Os assistentes técnicos indicados, como destacado anteriormente, poderão acompanhar a realização da perícia. Cumpra-se. Recife, 12 de fevereiro de 2021 JULIO CEZAR SANTOS DA SILVA Juiz de Direito

O laudo deverá ser inserido nos autos no formato PDF com menos de 1,5mb cada arquivo.



Atenciosamente

RECIFE, 16 de fevereiro de 2021.

MARIA LUCIANA DA SILVA

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 2ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001
AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

MANDADO DE INTIMAÇÃO - PERÍCIA

O(A) Exmo.(a) Sr.(a) Juiz(a) de Direito da Vara Cível acima epigrafada, em virtude de lei, MANDA que o(a) Senhor(a) Oficial de Justiça, em cumprimento ao presente, extraído do processo acima indicado, **EFETUE A INTIMAÇÃO** da pessoa a seguir relacionada, para comparecer à **PERÍCIA**, em data e horário e endereços abaixo indicados.

DATA: 17 de março de 2021, quarta-feira

HORÁRIO: às 9h, sendo a perícia realizada por ordem de chegada

ENDEREÇO: Rua Dona Ada Vieira, nº 99, Santana, CEP 52060-520, ponto de referência: sexta casa à esquerda na rua da pizza hut na avenida 17 de agosto.

ATENÇÃO: Levar os exames médicos (inclusive Raio X, se houver) recentes e realizados à época dos fatos, bem como demais documentos relacionados ao acidente.

ADVERTÊNCIA: Fica V. Sª advertida que a sua ausência injustificada será interpretada como renúncia à prova pericial. advertindo-o que o não comparecimento sem justo motivo ensejará o julgamento de improcedência por falta de provas (art. 373, I do CPC/2015).

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>

Destinatário(s):

Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Endereço: RUA SÃO BARTOLOMEU, 03, NOVA DESCOBERTA, ESCADA - PE - CEP: 55500-000

Eu, MARIA LUCIANA DA SILVA, o digitei e o submeto à conferência e assinatura(s). RECIFE, 16 de fevereiro de 2021.

MARIA LUCIANA DA SILVA

Diretoria Cível do 1º Grau

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

ADVERTÊNCIA: a ofensa, através de palavras ou atos, que redunde em vexame, humilhação, desprestígio ou irreverência ao oficial de justiça poderá configurar o **crime de desacato**. (Instrução Normativa nº 9/2006, art. 41.)

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 2ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001
AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção A da 2ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 75112053, conforme segue transcrito abaixo:

" *DESPACHO A fim de averiguar a extensão da lesão que a parte autora alega ter sofrido em decorrência de acidente automobilístico, nomeio como perito o médico RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS, CPF nº 032.343.154-26, cujo currículo se encontra disponível nesta Vara para consulta pelas partes e advogados, especialista em ortopedia e traumatologia, CRM 14616-PE, com endereço eletrônico rodrigocastrodemedeiros@yahoo.com.br e contato telefônico (81) 99606-9246, para realizar a perícia aqui designada, devendo ser intimado para este encargo através do sistema PJe, ficando ciente da data e hora aqui informadas. A perícia será realizada no Instituto Davan, localizado na Rua Dona Ada Vieira, nº 99, Santana, CEP 52060-520, ponto de referência: sexta casa à esquerda na rua da pizza hut na avenida 17 de agosto. A parte autora deverá comparecer para realização do ato no referido local na data de 17 de março de 2021, quarta-feira, às 9h, sendo a perícia realizada por ordem de chegada, devendo ainda ser atendida as medidas de distanciamento social vigentes à época. Intime-se o autor para que compareça ao referido instituto na data e hora indicados para se submeter a exame pericial, advertindo-o que o não comparecimento sem justo motivo ensejará o julgamento de improcedência por falta de provas (art. 373, I do CPC/2015). A intimação da parte autora, em virtude do acúmulo de mandados decorrentes do isolamento social imposto nos últimos meses, deverá ser realizada preferencialmente por meio do aplicativo whatsapp (não sendo possível, a tentativa deverá ser por e-mail e/ou telefone), caso seja possível, somente considerando-se válida caso a parte autora confirme o recebimento da comunicação, devendo ser certificado nos autos pela Diretoria Cível. Não sendo efetivada a intimação por esses meios, a Diretoria Cível deverá realizar a intimação por mandado. Nesse caso, a presente decisão, autenticada por servidor lotado na Diretoria Cível do 1º Grau servirá como mandado. O advogado da parte autora deverá cooperar para fins de que a intimação seja devidamente realizada e poderá acompanhar o ato pericial, inclusive com a prerrogativa de, sendo o caso, estar acompanhado de assistente técnico de sua confiança. Intime-se o advogado pela via eletrônica. Por sua vez, intemem-se as seguradoras demandadas, por seus advogados, para tomarem ciência de que a perícia será realizada na data e local acima indicados, podendo comparecer ao referido ato, inclusive acompanhado de assistente técnico de sua confiança. Fixo os honorários periciais em R\$300,00 (trezentos reais), a serem depositados pela demandada, no prazo de 10 (dez) dias. Esclareço, ainda, que no prazo de 15 (quinze) dias da intimação deste despacho, as partes poderão oferecer impugnação ao perito nomeado, no caso de impedimento ou suspeição (art. 465, §1º, CPC/2015). Intimem-se as partes para, querendo, no prazo legal, formular quesitos e indicar assistente técnico, caso ainda não haja manifestação das partes nesse sentido, nos autos. Os assistentes técnicos indicados, como destacado anteriormente, poderão acompanhar a realização da perícia. Cumpra-se. Recife, 12 de fevereiro de 2021 JULIO CEZAR SANTOS DA SILVA Juiz de Direito"*

RECIFE, 16 de fevereiro de 2021.

MARIA LUCIANA DA SILVA
Diretoria Cível do 1º Grau



CERTIDÃO: Certifico que, em cumprimento ao expediente retro, INTIMEI por meio eletrônico (WHATSAPP - Fone: 81 9 9217 9906), a CELIO ROBERTO DOS SANTOS; Lendo o mandado em voz alta e de todo o conteúdo acerca da perícia a ser realizada. Posteriormente o mesmo acusou o recebimento do mandado em seu aplicativo de WhatsApp, dando-se por INTIMADO. Por ser verdade, dou fé. Escada, 02 de março de 2021. David Almeida de Oliveira. Oficial de Justiça. Matrícula nº174.982-0.



Successfully created

99217-9906

DIRETORIA CÍVEL
DO 1º GRAU



PODER JUDICIÁRIO

Tribunal de Justiça de Pernambuco

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

Seção A da 2ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001
AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Intimado e ofº
CLE Fmº - CO.
02/03/2022
99217-9906

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

MANDADO DE INTIMAÇÃO - PERÍCIA

O(A) Exmo.(a) Sr.(a) Juiz(a) de Direito da Vara Cível acima epigrafada, em virtude de lei, MANDA que o(a) Senhor(a) Oficial de Justiça, em cumprimento ao presente, extraído do processo acima indicado, **EFETUE A INTIMAÇÃO** da pessoa a seguir relacionada, para comparecer à **PERÍCIA**, em data e horário e endereços abaixo indicados.

DATA: 17 de março de 2021, quarta-feira

HORÁRIO: às 9h, sendo a perícia realizada por ordem de chegada

ENDEREÇO: Rua Dona Ada Vieira, nº 99, Santana, CEP 52060-520, ponto de referência: sexta casa à esquerda na rua da pizza hut na avenida 17 de agosto.

ATENÇÃO: Levar os exames médicos (inclusive Raio X, se houver) recentes e realizados à época dos fatos, bem como demais documentos relacionados ao acidente.

ADVERTÊNCIA: Fica V. Sª advertida que a sua ausência injustificada será interpretada como renúncia à prova pericial, advertindo-o que o não comparecimento sem justo motivo ensejará o julgamento de improcedência por falta de provas (art. 373, I do CPC/2015).

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>

Destinatário(s):

Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Endereço: RUA SÃO BARTOLOMEU, 03, NOVA DESCOBERTA, ESCADA - PE - CEP: 55500-000

Eu, MARIA LUCIANA DA SILVA, o digitei e o submeto à conferência e assinatura(s). RECIFE, 16 de fevereiro

18/02/2021 10:25



de 2021.

MARIA LUCIANA DA SILVA
Diretoria Cível do 1º Grau
Assina por ordem do(a) Juiz(a) de Direito da Vara

ADVERTÊNCIA: a ofensa, através de palavras ou atos, que redunde em vexame, humilhação, desprestígio ou irreverência ao oficial de justiça poderá configurar o **crime de desacato**. (Instrução Normativa nº 9/2006, art. 41.)

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



Assinado eletronicamente por: **MARIA LUCIANA DA SILVA**

16/02/2021 10:40:49

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **75285942**



21021610404895600000073781208

imprimir

18/02/2021 10:25



CIENTE



JUNTADA DE HONORÁRIOS PERICIAIS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00794262920208172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Deferimento.

RECIFE, 26 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE






Guia - Ficha de Compensação

			Nº DA CONTA JUDICIAL	
			0	
Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	TIPO DE JUSTIÇA
		23/03/2021	0	ESTADUAL
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO		
23/03/2021	040271700562103178	00794262920208172001		
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
PE	Vara Cível	RÉU	300,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A		Jurídica	61074175000138	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
CELIO ROBERTO DOS SANTOS		FÍSICA	37688537487	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
AEAA35CD8CBEBFA6				
CÓDIGO DE BARRAS				
10498.39291 94000.100043 12707.715400 1 85910000030000				



RECIBO DO SACADO

		104-0	10498.39291 94000.100043 12707.715400 1 85910000030000	
Cedente / Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL			CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04	Agência / Código do Cedente 2717 / 839299
Nº do documento 040271700562103178	Nosso Número 14000000127077154-2	Vencimento 15/04/2021	Valor do Documento 300,00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 02A VARA CIVEL PROCESSO: 00794262920208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: CELIO ROBERTO DOS SANTOS / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01837498 - 3 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700562103178 OBS:				(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR			CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP:	
Sacador/Avalista:			CPF/CNPJ:	

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)

		104-0	10498.39291 94000.100043 12707.715400 1 85910000030000	
Local de pagamento PREFERENCIALMENTE NA REDE LOTERICA OU NAS AGENCIAS DA CAIXA				Vencimento 15/04/2021
Beneficiário CAIXA ECONÔMICA FEDERAL			CPF/CNPJ do Beneficiário 00.360.305/0001-04	Agência / Código do Cedente 2717 / 839299
Data do documento 17/03/2021	Nº do documento 040271700562103178	Espécie de docto. DJ	Aceite S	Data do processamento 17/03/2021
Uso do Banco	Carteira CR	Moeda R\$	Quantidade	Nosso Número 14000000127077154-2
				(=) Valor do Documento 300,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO COMARCA: RECIFE VARA: RECIFE - 02A VARA CIVEL PROCESSO: 00794262920208172001 N° GUIA: 1 JURISDICIONADOS: CELIO ROBERTO DOS SANTOS / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR CONTA: 2717 040 01837498 - 3 PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040271700562103178 OBS:				(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR				CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP:
Sacador/Avalista:				CPF/CNPJ:

Autenticação - Ficha de Compensação



LAUDO EM ANEXO



INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nº do Processo: 0079602-08-2020 Vara: 2ª Vara cível da Capital
 Nome Completo: Lucas Antonio da Silva
 CPF: 113086424-31

LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

AVALIAÇÃO:

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

a) ☒ SIM B) ☐ NÃO

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual(is) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

AO Antebraço - ferimento de 4/5 dedos do 1º dígito.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Tratamento com limpeza profunda e redução encuro e mobilização

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) ☐ SIM B) ☒ NÃO

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV) Segundo exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ disfunções apenas temporárias
 b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo, informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Digito 1 e 2 definitivos do 4º dedo do 1º dígito.

V) Em virtude de evolução de lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

a) ☐ SIM B) ☒ NÃO

Se Sim, em que prazo: _____

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados

VI) Segundo o prazo previsto em Lei 11.945 de Junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) seguimento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação.

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
 b) ☒ Parcial (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

*Dr. Rodrigo Castro
 Juiz de Direito
 1ª Vara de Família*



Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

- b.1) ☐ Parcial completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).
- b.2) ☒ Parcial incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte um (o mais de um) segmento corporal da vítima).
- b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da lei

SEGMENTO ANATÔMICO

Marque o percentual

1º lesão

4º dedo pé direito

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa

2º lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3º lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Observações:

5º dedo sem sequelas

Data da realização do exame médico legal:

17 de março de 2021.

Dr. Rodrigo Castro
Cirurgião de Coluna
CRM 14.616

Rodrigo Castro de Medeiros
Médico Perito
CRM 14.616/PE

Lucas Antonio do Amaral



FAVOR DESCONSIDERAR LAUDO ANEXADO ANTERIORMENTE.
SEGUE LAUDO CORRETO EM ANEXO.



INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nº do Processo: 0079426-29.2020 Vara: 2ª Vara cível da Capital
 Nome Completo: Celso Roberto dos Santos
 CPF: 375855374-87

LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

AVALIAÇÃO:

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

a) ☒ SIM B) ☐ NÃO

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual(is) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

membr. superior esquerda - fêmur esquerdo e ulna

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

fractura com deslocamento da fêmur e parafuso. fratura com deslocamento da ulna e encurtamento; perda muscular antebraço.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) ☐ SIM B) ☒ NÃO

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV) Segundo exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ disfunções apenas temporárias
 b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo, informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

limitação importante nos movimentos de flexão e extensão do antebraço e perda muscular antebraço

V) Em virtude de evolução de lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

a) ☐ SIM B) ☒ NÃO

Se Sim, em que prazo:

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados

VI) Segundo o prazo previsto em Lei 11.945 de Junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) seguimento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação.

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
 b) ☒ Parcial (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Dr. Rodrigo Castro
 OAB 14616



Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

- b.1) ☐ Parcial completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).
- b.2) ☒ Parcial incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte um (o mais de um) segmento corporal da vítima).
- b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da lei

SEGMENTO ANATÔMICO

Marque o percentual

1º lesão

Membro inferior Superior Esquerdo

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa

2º lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3º lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Observações:

Data da realização do exame médico legal:

17 de março de 2021.

Rodrigo Castro
Medico Perito
CRM 14.616
Rodrigo Castro de Medeiros
Médico Perito
CRM 14.616/PE

x Celso Roberto dos Santos



IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PERICIAL





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00794262920208172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Ora Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de abril de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





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 2ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001

AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

ATO ORDINATÓRIO

Em cumprimento ao disposto no Provimento do Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça de Pernambuco nº 08/2009, publicado no DOPJ de 09/06/2009, e nos termos do art. 152, VI, e do art. 203, § 4º ambos da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, intimo o(a)s Autor(a)(es)/Exequente(s) para, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar(em)-se sobre o Laudo Pericial, com base do art. 477, §1º, do CPC..

RECIFE, 5 de maio de 2021.

MARIA LUCIANA DA SILVA

Diretoria Cível do 1º Grau



CELIO ROBERTO DOS SANTOS, já devidamente qualificado nos autos da **Ação de Cobrança Securitária**, proposta contra **CIA. EXCELSIOR**, vem respeitosamente, perante V. Exa.

apresentar **RÉPLICA À CONTESTAÇÃO E AOS DOCUMENTOS ACOSTADOS PELA RÉ com base no art. 203, § 4º do NCPC**, de acordo com os argumentos que passa a aduzir:

DOS FATOS:

A empresa ré nada alega acerca dos fatos trazidos na exordial, que comprometa o direito do autor, tendo em vista, inclusive, que a prova inequívoca do acidente, tem sua validade comprovada pelos órgãos a quem compete realizar a devida perícia. Portando não restou ao contestante outra coisa senão procrastinar o devido andamento desta ação.

Ressalta-se que no laudo anexado restou comprovada a lesão suportada pelo autor, fazendo jus a diferença do seguro DPVAT no valor de R\$ 4.725,00 conforme tabela do DPVAT, uma vez que já recebeu uma quantia na esfera administrativa.

DOS FATOS NÃO CONTESTADOS E QUE SE ENCONTRAM ACOBERTADOS PELA PRESUNÇÃO DE VERACIDADE

Isto mesmo Douto Julgador! A seguradora, não contestou de forma precisa os fatos narrados na inicial, ficando sua tese de defesa em alegações vazias e sem qualquer fundamentação jurídica, restando assim, necessária, a aplicação do princípio da presunção de veracidade.

Com efeito, na defesa ora replicada o devedor promovido deixa de se pronunciar acerca de fatos importantes constantes da peça inicial, que demonstra de maneira inequívoca a certeza da pretensão da empresa credora, o que nos leva irremediavelmente a presumir pela veracidade do pedido judicial, como já era de se esperar.

DO MÉRITO:

O corpo da Lei 6.194/1974, é bastante claro e específico no que diz respeito ao valor da indenização a ser pago, e se adequa ao caso em tela, não restando portanto, guarida para controversas.

Já que fora acostado à peça vestibular o documento descritivo da Perícia Médica Traumatológica, onde enumera todas as deformações causadas pelo acidente, para tanto este se configura uma prova inequívoca do acidente.

“ § 5º O instituto médico legal da jurisdição do acidente também qualificará as lesões físicas ou psíquicas permanentes para fins de seguro previsto nesta lei, em laudo complementar, no prazo médio de noventa dias do evento, de acordo com os percentuais da tabela das condições gerais de seguro de acidente suplementada, nas restrições e omissões desta, pela tabela de acidentes do trabalho e da classificação internacional das doenças.” (Incluído pela Lei nº 8.441, de 1992).

Assim sendo esta há de convir que a indenização tem caráter alimentar, pois com a invalidez da vítima de acidente automobilístico, teve uma redução drástica em seu orçamento, visto que muitas vezes perde a capacidade para o trabalho, e em outros casos ocorre o óbito das vítimas, sendo desta forma, uma necessidade e condição de sua sobrevivência, sem mencionar o caráter eminentemente social da Lei 6.194/74.



A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda que os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade, consoante recente decisão do STJ. Vejamos:

RECURSO ESPECIAL Nº 1.439.037 - PE (2014/0044114-0)

RELATOR : MINISTRO PRESIDENTE DO STJ

RECORRENTE : FEDERAL DE SEGUROS S/A

ADVOGADO : RODOLPHO MARINHO DE SOUZA FIGUEIREDO E OUTRO (S)

RECORRIDO : MANOEL JOSE DE LIMA JUNIOR

ADVOGADO : VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES E OUTRO (S)

DECISAO A eg. Segunda Secao deste c. Superior Tribunal de Justica, no julgamento do Recurso Especial Repetitivo n.º

1.246.432/RS (Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, DJe de 27/5/2013), processado nos moldes do art. 543-C do CPC, consolidou o entendimento de que "a indenizacao do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial permanente do beneficiario, sera paga de forma proporcional ao grau da invalidez (Sumula n.º 474/STJ)", nos termos da seguinte ementa: "**RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. JULGAMENTO NOS MOLDES DO ART. 543-C DO CODIGO DE PROCESSO CIVIL.**

DPVAT. SEGURO OBRIGATORIO. INVALIDEZ PARCIAL. INDENIZACAO A SER FIXADA DE ACORDO COM A PROPORCIONALIDADE DA INVALIDEZ. SUMULA N.º 474/STJ. 1.

Para efeitos do art. 543-C do Codigo de Processo Civil: A indenizacao do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial permanente do

beneficiario, sera paga de forma proporcional ao grau da invalidez (Sumula n.º

474/STJ). 2. RECURSO ESPECIAL PROVIDO." Nesse vies, dispoe o Sumula 474/STJ: "A indenizacao do seguro DPVAT, em

caso de invalidez parcial do beneficiario, sera paga de forma proporcional ao grau da invalidez". Ante o exposto, tendo em vista

que o v. acordao recorrido esta em confronto com o entendimento firmado por este c. STJ, com fulcro no art. 557, § 1º-A, do CPC,

c/c art. 1º, II, da Resolucao STJ nº 17/2013, dou provimento ao recurso especial para determinar o retorno dos autos a instancia

de origem a fim de que seja aferido o valor da indenizacao proporcionalmente ao grau de invalidez do segurado. P. e I. Brasilia

(DF), 11 de marco de 2014. MINISTRO FELIX FISCHER. Presidente

DOS DOCUMENTOS DE MÉRITO:

Quanto aos documentos de mérito acostados pela Demandada, nada a opor uma vez que corroboram com a tese da Inicial.

DOS REQUERIMENTOS FINAIS:

Por fim, vem requerer se digne V.Exa., JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE a presente demanda condenando a empresa seguradora ré ao pagamento do valor pleiteado na Inicial, acrescidos de juros de mora de 1% a.m. contados a partir da data do acidente, bem como que sejam arbitrados honorários advocatícios de sucumbência a base de (20%) do valor dado à causa ou ainda com base no art. 20, §4º do CPC.

Nestes Termos

Pede Deferimento

Viviane Evangelista

OAB-PE 18.789



PETIÇÃO DE PROSSEGUIMENTO DO FEITO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00794262920208172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer o prosseguimento do feito .

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 29 de junho de 2021.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 29/06/2021 10:53:05
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062910530574100000081417353>
Número do documento: 21062910530574100000081417353



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

Seção A da 2ª Vara Cível da Capital

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

Processo nº **0079426-29.2020.8.17.2001**

AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

SENTENÇA

Vistos, etc.

CELIO ROBERTO DOS SANTOS, qualificação na inicial, representado por seu advogado regularmente habilitado, aforou **ação de cobrança de complemento de seguro DPVAT**, em face de **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, também individualizada, asseverando, em breve síntese, que sofreu acidente automobilístico, que lhe acarretou lesões, com debilidade permanente no membro superior esquerdo. Afirma não ter recebido administrativamente o valor devido pela Seguradora Ré. Alega, que diante da debilidade adquirida, faria jus ao recebimento integral, de acordo com o art. 3º, II, da Lei nº 6.194/74. Assim, pede a condenação da ré ao pagamento integral do valor indenizatório devido. Juntou documentos.

Gratuidade da justiça (ID 72542148).

Em contestação a demandada alega, (ID 73796632), ausência de laudo do IML, quitação administrativa, bem como que os juros sejam a partir da citação e a correção monetária a partir da propositura da ação. Pugna pela total improcedência do pedido formulado.

Houve apresentação de Réplica (ID 74231276).

A parte autora foi submetida a exame médico, conforme Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes, devidamente realizado (ID 78105265).

Houve manifestação das partes sobre o laudo pericial. (ID's 78683019 e 81407591)

Após, vieram-me os autos conclusos.

É o breve relatório, pelo que, **DECIDO**.

I - JULGAMENTO CONFORME O ESTADO DO PROCESSO



Entendo ser hipótese que dispensa dilação probatória, uma vez que os elementos presentes, inclusive a prova documental, já são suficientes para emitir a sentença antecipadamente, entendo pela aplicação do artigo 355, inciso I, do Código de Processo Civil, a confortar o julgamento antecipado da lide, consolidado pelas seguintes orientações da jurisprudência que interpretavam dispositivo semelhante do Antigo Código de Processo Civil:

“Presentes as condições que ensejam o julgamento antecipado da causa, é dever do juiz, e não mera faculdade, assim proceder.” (STJ-4ª turma, Resp 2.832-RJ, DJU 17.9.90, p. 9.513).

“Constantes dos autos elementos de prova documental suficientes para formar o convencimento do julgador, incorre cerceamento de defesa se julgada antecipadamente a controvérsia.” (STJ-4ª Turma, Ag 14.952-DF-AgRg, DJU 3.2.92, p. 472).

II- AUSÊNCIA DE DOCUMENTO ESSENCIAL/LAUDO IML

Alega a demandada que não consta no processo documento essencial ao deslinde da questão, qual seja: o laudo do Instituto Médico Legal. No entanto e diferentemente do alegado, dentre os documentos acostados aos autos, juntos à inicial pelo autor, encontram-se o Boletim de Ocorrência de Acidente de Transito e Prontuários Médicos. No mais, entendo que o laudo do IML se encontra devidamente suprido pelo Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes juntado aos autos, pelo que igualmente rejeito o pedido.

III – QUITAÇÃO ADMINISTRATIVA

Afirma a parte ré que o autor ao receber o valor administrativamente, firmou quitação da indenização. Entretanto, verifico que a parte autora deu quitação do valor recebido e não do montante pleiteado, não revelando qualquer conformismo quanto à importância paga, em se tratando do pedido de indenização do seguro DPVAT, não é impedimento para a prestação da tutela jurisdicional a quitação na via administrativa, já que a Constituição Federal, em seu artigo 5º, incisos XXXIV, XXXV dispõem sobre o direito de petição, e que a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito. Assim, rejeito o pedido.

IV - DOS CRITÉRIOS E PERCENTUAIS DA LEI Nº 6.194/74 E DO NEXO CAUSAL

Ademais, vale destacar que a Lei nº 6.194/74, ao dispor sobre seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, teve como finalidade precípua, instituir o Seguro Obrigatório, com o objetivo de ofertar segurança às vítimas. O seguro DPVAT é obrigatório independentemente de eventual apuração de culpa, imposto a todos os que possuem veículos automotores de vias terrestres.

Na verdade, a quantia a ser paga em decorrência do sinistro, segundo a sistemática atual, varia em conformidade com a lesão sofrida pela vítima. É que o inciso II, § 1º, do artigo 3º, da Lei 6.194/74 fixa tais valores, em função do dano corporal efetivamente comprovado, devendo as lesões serem enquadradas na tabela anexa para a devida indenização.

O laudo acostado aos autos quando da realização da perícia médica (ID 78105265) demonstra,



no essencial, que do sinistro resultou **debilidade permanente parcial incompleta, no membro superior esquerdo no percentual de 75% (setenta e cinco por cento).**

No que se refere ao laudo, embora a parte demandada tenha alegado que a conclusão do laudo pericial deve ser afastada, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, cumpre esclarecer que o perito goza de idoneidade e confiança, devendo prevalecer a prova técnica realizada por esse profissional que possui imparcialidade.

Assim, presume-se através de Boletim de Ocorrência, Laudo de Verificação e Quantificação, Ficha de atendimento Hospitalar, a existência de nexo de causalidade entre as lesões apresentadas pelo autor e o sinistro em comento.

Destarte, deve ser aplicada a Lei 6.194/74 vigente à época da ocorrência do sinistro, a qual havia sido alterada pela Lei nº 11.945/2009, cujo anexo prevê os percentuais de indenização decorrente de invalidez a serem pagos, cujo montante, à hipótese vertente, deve corresponder a importância de R\$ 7.087,50 (sete mil, oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Ademais, com o fim de se ter uma orientação quando a aplicação proporcional de pagamento de indenizações, o STJ editou a Súmula nº 474, senão vejamos *in verbis*:

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Ressalte-se que a quantia calculada pela Seguradora e efetivamente paga ao autor, foi de R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), razão pela qual há necessidade de complementação R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), uma vez que a indenização realizada na esfera administrativa não se encontra em conformidade com a legislação em vigor.

Quanto à incidência dos juros de mora, entendo que estes devem ser calculados a partir da data em que a seguradora foi constituída em mora, ou seja, a partir da citação (Súmula 426 do STJ), enquanto que a correção monetária deve obedecer ao entendimento do STJ reiteradamente esposado, ou seja, a partir do evento danoso, senão vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. AÇÃO DE COBRANÇA. INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. Na ação de cobrança de indenização do seguro DPVAT o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso. Agravo Regimental improvido. (AgRg no REsp 46024/PR, Terceira Turma Ministro Sindeir Benetti, DJ 16.02.2012).”

V - CONCLUSÃO

Em face de todo o exposto, com arrimo na tabela anexada à Lei nº 6.194/74 e alterações, **resta acolhido parcialmente o pedido** e extinto o feito com resolução do mérito, nos termos do disposto no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, para condenar a ré **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A** a pagar à parte autora o valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), atualizado monetariamente pela tabela/ENCOGE a partir do evento danoso e com a incidência de juros de mora no percentual de 1% ao mês a partir da citação.

Condeno a parte demandada ao pagamento atualizado das custas do processo e em honorários advocatícios os quais fixo em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.



Ato contínuo, autorizo a expedição de alvará para levantamento dos honorários em favor do perito designado. Na medida em que já consta nos autos o depósito de ID 77853522.

Publique-se, registre-se e intime-se.

Após o trânsito em julgado, arquivem-se os autos.

Recife, 12 de agosto de 2021.

JULIO CEZAR SANTOS DA SILVA
Juiz 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 2ª Vara Cível da Capital
Processo nº 0079426-29.2020.8.17.2001
AUTOR: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

INTIMAÇÃO DE SENTENÇA

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção A da 2ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor da Sentença de ID 86050776, conforme segue transcrito abaixo:

" Vistos, etc. **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**, qualificação na inicial, representado por seu advogado regularmente habilitado, aforou ação de cobrança de complemento de seguro DPVAT, em face de **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, também individualizada, asseverando, em breve síntese, que sofreu acidente automobilístico, que lhe acarretou lesões, com debilidade permanente no membro superior esquerdo. Afirma não ter recebido administrativamente o valor devido pela Seguradora Ré. Alega, que diante da debilidade adquirida, faria jus ao recebimento integral, de acordo com o art. 3º, II, da Lei nº 6.194/74. Assim, pede a condenação da ré ao pagamento integral do valor indenizatório devido. Juntou documentos. Gratuidade da justiça (ID 72542148). Em contestação a demandada alega, (ID 73796632), ausência de laudo do IML, quitação administrativa, bem como que os juros sejam a partir da citação e a correção monetária a partir da propositura da ação. Pugna pela total improcedência do pedido formulado. Houve apresentação de Réplica (ID 74231276). A parte autora foi submetida a exame médico, conforme Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes, devidamente realizado (ID 78105265). Houve manifestação das partes sobre o laudo pericial. (ID's 78683019 e 81407591) Após, vieram-me os autos conclusos. É o breve relatório, pelo que, **DECIDO**. I - **JULGAMENTO CONFORME O ESTADO DO PROCESSO** Entendo ser hipótese que dispensa dilação probatória, uma vez que os elementos presentes, inclusive a prova documental, já são suficientes para emitir a sentença antecipadamente, entendendo pela aplicação do artigo 355, inciso I, do Código de Processo Civil, a confortar o julgamento antecipado da lide, consolidado pelas seguintes orientações da jurisprudência que interpretavam dispositivo semelhante do Antigo Código de Processo Civil: "Presentes as condições que ensejam o julgamento antecipado da causa, é dever do juiz, e não mera faculdade, assim proceder." (STJ-4ª turma, Resp 2.832-RJ, DJU 17.9.90, p. 9.513). "Constantes dos autos elementos de prova documental suficientes para formar o convencimento do julgador, incorre cerceamento de defesa se julgada antecipadamente a controvérsia." (STJ-4ª Turma, Ag 14.952-DF-AgRg, DJU 3.2.92, p. 472). II - **AUSÊNCIA DE DOCUMENTO ESSENCIAL/LAUDO IML** Alega a demandada que não consta no processo documento essencial ao deslinde da questão, qual seja: o laudo do Instituto Médico Legal. No entanto e diferentemente do alegado, dentre os documentos acostados aos autos, juntos à inicial pelo autor, encontram-se o Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito e Prontuários Médicos. No mais, entendo que o laudo do IML se encontra devidamente suprido pelo Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes juntado aos autos, pelo que igualmente rejeito o pedido. III - **QUITAÇÃO ADMINISTRATIVA** Afirma a parte ré que o autor ao receber o valor administrativamente, firmou quitação da indenização. Entretanto, verifico que a parte autora deu quitação do valor recebido e não do montante pleiteado, não revelando qualquer conformismo quanto à importância paga, em se tratando do pedido de indenização do seguro DPVAT, não é impedimento para a prestação da tutela jurisdicional a quitação na via administrativa, já que a Constituição Federal, em seu artigo 5º, incisos XXXIV, XXXV dispõem sobre o direito de petição, e que a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito. Assim, rejeito o pedido. IV - **DOS CRITÉRIOS E PERCENTUAIS DA LEI Nº 6.194/74 E DO NEXO CAUSAL** Ademais, vale destacar que a Lei nº 6.194/74, ao dispor sobre seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, teve como finalidade precípua, instituir o Seguro Obrigatório, com o



objetivo de ofertar segurança às vítimas. O seguro DPVAT é obrigatório independentemente de eventual apuração de culpa, imposto a todos os que possuem veículos automotores de vias terrestres. Na verdade, a quantia a ser paga em decorrência do sinistro, segundo a sistemática atual, varia em conformidade com a lesão sofrida pela vítima. É que o inciso II, § 1º, do artigo 3º, da Lei 6.194/74 fixa tais valores, em função do dano corporal efetivamente comprovado, devendo as lesões serem enquadradas na tabela anexa para a devida indenização. O laudo acostado aos autos quando da realização da perícia médica (ID 78105265) demonstra, no essencial, que do sinistro resultou debilidade permanente parcial incompleta, no membro superior esquerdo no percentual de 75% (setenta e cinco por cento). No que se refere ao laudo, embora a parte demandada tenha alegado que a conclusão do laudo pericial deve ser afastada, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, cumpre esclarecer que o perito goza de idoneidade e confiança, devendo prevalecer a prova técnica realizada por esse profissional que possui imparcialidade. Assim, presume-se através de Boletim de Ocorrência, Laudo de Verificação e Quantificação, Ficha de atendimento Hospitalar, a existência de nexo de causalidade entre as lesões apresentadas pelo autor e o sinistro em comento. Destearte, deve ser aplicada a Lei 6.194/74 vigente à época da ocorrência do sinistro, a qual havia sido alterada pela Lei nº 11.945/2009, cujo anexo prevê os percentuais de indenização decorrente de invalidez a serem pagos, cujo montante, à hipótese vertente, deve corresponder a importância de R\$ 7.087,50 (sete mil, oitenta e sete reais e cinquenta centavos). Ademais, com o fim de se ter uma orientação quando a aplicação proporcional de pagamento de indenizações, o STJ editou a Súmula nº 474, senão vejamos in verbis: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez." Ressalte-se que a quantia calculada pela Seguradora e efetivamente paga ao autor, foi de R\$ 2.362,50 (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), razão pela qual há necessidade de complementação R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), uma vez que a indenização realizada na esfera administrativa não se encontra em conformidade com a legislação em vigor. Quanto à incidência dos juros de mora, entendo que estes devem ser calculados a partir da data em que a seguradora foi constituída em mora, ou seja, a partir da citação (Súmula 426 do STJ), enquanto que a correção monetária deve obedecer ao entendimento do STJ reiteradamente esposado, ou seja, a partir do evento danoso, senão vejamos: "AGRAVO REGIMENTAL. AÇÃO DE COBRANÇA. INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. Na ação de cobrança de indenização do seguro DPVAT o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso. Agravo Regimental improvido. (AgRg no REsp 46024/PR, Terceira Turma Ministro Síndei Beneti, DJ 16.02.2012). V - CONCLUSÃO Em face de todo o exposto, com arrimo na tabela anexada à Lei nº 6.194/74 e alterações, resta acolhido parcialmente o pedido e extinto o feito com resolução do mérito, nos termos do disposto no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, para condenar a ré MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A a pagar à parte autora o valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), atualizado monetariamente pela tabela/ENCOGE a partir do evento danoso e com a incidência de juros de mora no percentual de 1% ao mês a partir da citação. Condene a parte demandada ao pagamento atualizado das custas do processo e em honorários advocatícios os quais fixo em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação. Ato contínuo, autorizo a expedição de alvará para levantamento dos honorários em favor do perito designado. Na medida em que já consta nos autos o depósito de ID 77853522. Publique-se, registre-se e intime-se. Após o trânsito em julgado, arquivem-se os autos. Recife, 12 de agosto de 2021. JULIO CEZAR SANTOS DA SILVA Juiz de Direito"

RECIFE, 29 de setembro de 2021.

ADALBERTO DA SOLEDADE SILVA FILHO

Diretoria Cível do 1º Grau



ciente

