



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
<b>CELIO ROBERTO DOS SANTOS (AUTOR)</b>		<b>VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)</b>
<b>MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)</b>		<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)</b>		

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72535 761	15/12/2020 11:34	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
72535 779	15/12/2020 11:34	<a href="#">CELIO ROBERTO_compressed-1-7</a>	Documento de Comprovação
72535 781	15/12/2020 11:34	<a href="#">CELIO ROBERTO_compressed-8-13</a>	Documento de Comprovação
72537 132	15/12/2020 11:34	<a href="#">CELIO ROBERTO_compressed-14-17</a>	Documento de Comprovação
72537 133	15/12/2020 11:34	<a href="#">CELIO ROBERTO_compressed-18-22</a>	Documento de Comprovação
72542 148	15/12/2020 21:46	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
73793 781	20/01/2021 10:30	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
73796 632	20/01/2021 10:30	<a href="#">2779435_CONTESTACAO_01</a>	Petição em PDF
73796 634	20/01/2021 10:30	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)
73796 635	20/01/2021 10:30	<a href="#">MAPFRE DOCUMENTAÇÃO ATUAL 1</a>	Outros (Documento)
74086 479	26/01/2021 09:25	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
74087 804	26/01/2021 09:32	<a href="#">Intimação</a>	Intimação
74087 805	26/01/2021 09:32	<a href="#">Intimação</a>	Intimação
74231 276	28/01/2021 11:42	<a href="#">Resposta</a>	Resposta
75112 053	12/02/2021 13:05	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
75283 258	16/02/2021 10:27	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
75285 941	16/02/2021 10:40	<a href="#">Intimação</a>	Intimação
75285 942	16/02/2021 10:40	<a href="#">Intimação</a>	Intimação
75285 943	16/02/2021 10:40	<a href="#">Intimação</a>	Intimação

76202 396	03/03/2021 10:32	<a href="#"><u>Diligência</u></a>	Diligência
76204 587	03/03/2021 10:32	<a href="#"><u>INTIMAÇÃO POR MEIO ELETRÔNICO DE CÉLIO ROBERTO DOS SANTOS</u></a>	Documento de Comprovação
76605 983	09/03/2021 18:24	<a href="#"><u>Outros (Petição)</u></a>	Outros (Petição)
77853 512	30/03/2021 14:23	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
77853 520	30/03/2021 14:23	<a href="#"><u>2779435_JUNTADA_HONORARIOS_PERCIAIS_01</u></a>	Petição em PDF
77853 521	30/03/2021 14:23	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas
77853 522	30/03/2021 14:23	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas
78105 249	05/04/2021 20:31	<a href="#"><u>Outros (Documento)</u></a>	Outros (Documento)
78105 253	05/04/2021 20:31	<a href="#"><u>0079602-08.2020.8.17.2001</u></a>	Laudo Pericial
78105 263	05/04/2021 20:39	<a href="#"><u>Outros (Documento)</u></a>	Outros (Documento)
78105 265	05/04/2021 20:39	<a href="#"><u>0079426-29.2020.8.17.2001</u></a>	Laudo Pericial
78683 016	14/04/2021 15:15	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
78683 019	14/04/2021 15:15	<a href="#"><u>2779435_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Petição em PDF
79953 299	05/05/2021 13:11	<a href="#"><u>Intimação</u></a>	Intimação
81407 591	27/05/2021 23:11	<a href="#"><u>Resposta</u></a>	Resposta
83151 118	29/06/2021 10:53	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
83151 119	29/06/2021 10:53	<a href="#"><u>2779435_PET_PROSSEGUIMENTO_DO_FEITO_01</u></a>	Petição em PDF
86050 776	12/08/2021 10:59	<a href="#"><u>Sentença</u></a>	Sentença
89548 056	29/09/2021 11:59	<a href="#"><u>Intimação</u></a>	Intimação
89760 430	01/10/2021 11:18	<a href="#"><u>Outros (Petição)</u></a>	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. 2º 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. 7º da Lei nº. 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. 7º, parags. 1º e 2º, 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:** *Celio Roberto dos Santos  
Rua São Bartolomeu, nº 03, Nova Descoberta  
Escada 1PE*

**OUTORGADA;** Viviane Evangelista de Souza Alves, brasileira, advogada, inscrita na OAB-PE 18.789, com endereço profissional na Rua do Riachuelo nº189, 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 estabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

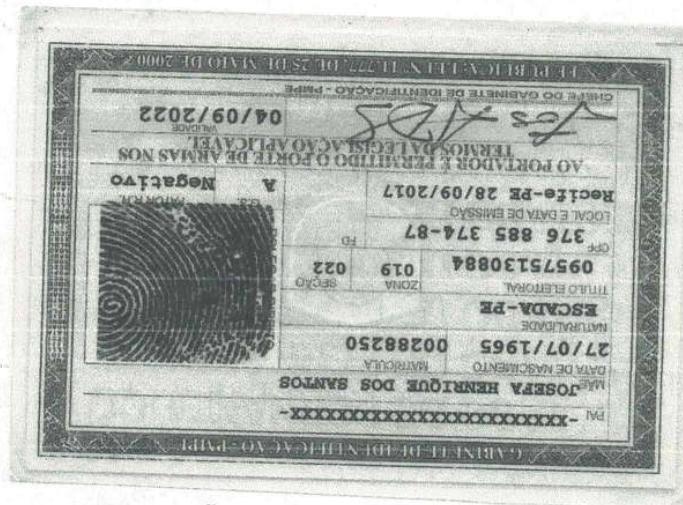
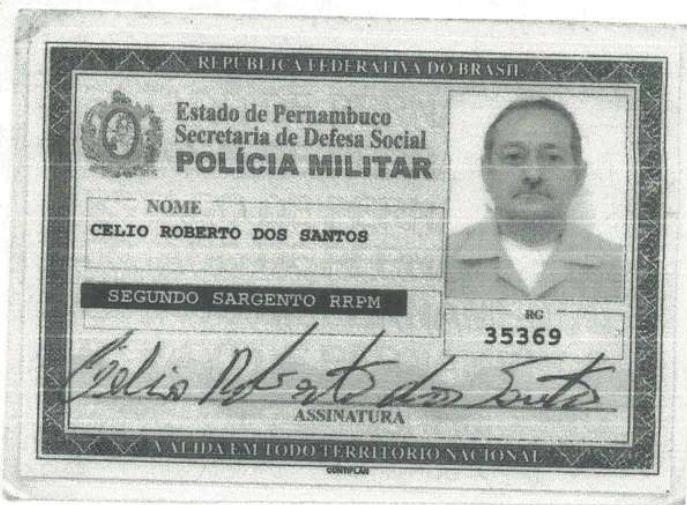
**CONTRATO DE HONORÁRIOS;** O autor se compromete a pagar pelos serviços prestados a advogada ora constituída o percentual de 30% sobre o valor recebido bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido da decorrente da ação, tanto judicial quanto extrajudicial, autorizando a retenção do referido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

**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

*Celio Roberto dos Santos*





Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 15/12/2020 11:31:31  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511313108200000071110630>  
Número do documento: 20121511313108200000071110630

Num. 72535779 - Pág. 2



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

ATENDIMENTO: RUÁ BR DE SUASSUNA 00048 - CASA A - CE  
NTRO ESCADA PE 55500-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 8458758 Mai/2020
CELIO ROBERTO DOS SANTOS		
R S BARTOLOMEU, N. 00003 - NOVA DESCOPERTA ESCADA PE 55500-000		
INSCRIÇÃO: 052.415.805.1988.000 GRUPO: 9 DEE. AUTOMATICO: 008458758		
SITUAÇÃO ÁGUA LICADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1 QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A11F135726	DATA LEIT. ANTERIOR 02/05/2020	DATA LEIT. ATUAL 02/06/2020 TIPO DE CONSUMO (AVE) MÉDIA HD

ÁGUA:-

LEIT ANT: 640 CONSUMO:6  
LEIT ATU: TAXA MINIMA  
LEIT FAT: 650

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

04/2020	06	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORT.	ANALISES
03/2020	04		38	38	36
02/2020	06	COR APARENTE	38	38	34
01/2020	06	CLORO RESIDUAL	38	38	38
12/2019	06	COLIF. TOTAIS	38	38	37
11/2019	06	E. COLI	38	38	38
MEDIA: 06		Qualidade de Água: www.compresa.com.br			

OBS.: C1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
C2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
C3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE AGUA	6 MB	44,08

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	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:



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 15/12/2020 11:31:31  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511313108200000071110630>  
Número do documento: 20121511313108200000071110630

Num. 72535779 - Pág. 3

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 Administrativa do Hospital Regional  
04/02/2020 - GP

Maria José de Barros Neri

Gerente Administrativa do Hospital Regional





Jailson Lopes 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 - Culposo (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: **PRÓXIMO 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: **2º. 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**

02/01/2020 10:2



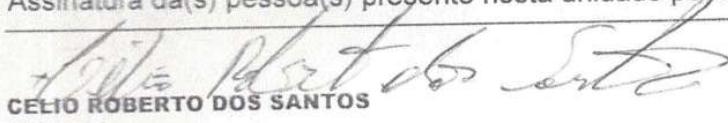
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

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](http://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

Rebedor: 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, retorno 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](http://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](http://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 Invalidade 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, contados 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 155535310





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 .( LESAO DE NERVO INTEROSSEO) FERIMENTO SEM SAIDA DE SECREÇÃO .

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

#### EXAME FÍSICO:

- 1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO
- 2) GLASGOW 15
- 3) NERUOVASCULAR (+)

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



### 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: 27/07/1905

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

Fone:

Vila: ESCADA

PE

CEP: 55500000

### DADOS DO ATENDIMENTO

Médico: PM ESCADA

CRM: 17726

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Leito: BL-4 C

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 21/11/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

### SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

MEI Hernia

Agostico:

Fractura do tornozelo

Procedimento:

LIMP CIRURGICO Dr. Igor Abutrab

Alta em: 04 / 12 / 2019

Horas: 12:00h Ortopedia/Traumatologia

Médico e C.R.M:

CRM/PE: 27778

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

AN - Hospital Dom Helder Câmara  
Solange Lyra  
Portamento / SAME

10 DEZ 2019

### RAIO-X

DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
21,11,19	abdome	1



# 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 10:46 - 21/11/2019 10:51

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

Prioridade: **EMERGÊNCIA - VITIMA DE ATROPELAMENTO**  
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 GAIAO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/11/2019 10:51

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 15/12/2020 11:31:31  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511313129600000071110632>  
Número do documento: 20121511313129600000071110632

Num. 72535781 - Pág. 4

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**

		Nome: <u>Lúcio Roberto dos Santos</u>	Registro: <u>12 2319</u>	Leito:
		Procedimento cirúrgico: <u>Fistula externa MSE</u>	Data: <u>21/11/19</u>	Hora:
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS
<b>1. Ansiedade</b> <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			
	<input type="checkbox"/> Manter débito elevado			
	<input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário			
	<input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz			
<b>2. Ventilação prejudicada</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler			
	<input type="checkbox"/> Anotar horas e níveis de queda da saturação. FC e FR			
	<input type="checkbox"/> Instalar <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso			
	<input type="checkbox"/> Outros			
	<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			
<b>3. Padrão de eliminação urinária</b> <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Orientar 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			
	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente			
	<input type="checkbox"/> avaliar a localização e intensidade da dor			
	<input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação			
<b>4. Dor</b> <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>MSE</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor			
	<input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor			
	<input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão			
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada _____ / _____ h			
	<input type="checkbox"/> Realizar mudança de débito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação			
	<input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de _____ / _____ h			
<b>5. Integridade tissular prejudicada</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por 24h			
	<input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ / _____ min			
	<input type="checkbox"/> Manter elevado: _____			
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo			
	<input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente			
<b>7. Imobilidade no leito prejudicada</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)			
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição			
	<input type="checkbox"/> Outros			

CÓD. 38605



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**

Nome: *Letis Roberto dos Santos*

Registro: 122319 Leito:

Procedimento cirúrgico:

Data: 27/11/19

Hora:

**DIAGNÓSTICO****INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM****HORÁRIOS**1. Ansiedade  Encorajar verbalização dos sentimentos e medos Proporcionar apoio emocional Dar informação ao paciente e familiares Outros Manter decúbito elevado Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz Manter o paciente em posição de Fowler Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR Instalar  Manter  Anotar oximetria de pulso Outros Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) Colocar o paciente em posição de Fowler Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição Registrar se:  Dor ao urinrar Abaulamento em região suprapúbica  Ausência de diurese espontânea Outros

3. Padrão de eliminação urinária

 Diminuído  Aumentado Verificar qual posição adequada do paciente Avaliar a localização e a intensidade da dor Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação Identificar fatores desencadeantes da dor Registrar características e intensidades da dor Outros Descrever características da lesão Realizar curativo a cada \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso

não haja contra-indicação

 Medir débito de dreno de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h Manter curativo oclusivo por 24h Outros5. Integridade tissular prejudicada  Aferir pressão arterial de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ min Manter elevado: \_\_\_\_\_ Realizar curativo oclusivo Outros6. Sangramento Local: MSE Leve  Moderada  Severo Pinçar dreno ao manusear o paciente Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) Manter repouso no leito em posição: \_\_\_\_\_7. Imobilidade no leito prejudicada 

CÓD. 38605



HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		GESTÃO IMIP HOSPITALAR	FICHA DE ANESTESIA		Data 27/11/19	Acomodação																											
Paciente CELESTINO, RONALDO FERREIRA, 1795, SANTOS	CRM 07039 ARI 14051, LIBERGES		Sexo M	Cor BR	Idade 54	Risco AII																											
Medicação Pré-anestésica		Nome do Cirurgião CARMELITO		Urgência <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM																													
Cirurgia Retirada de Fixador Externo Prostético																																	
<p>Horário 16/11/2019 16:30</p> <p>O<sub>2</sub></p> <p>N<sub>2</sub>O</p> <p>Líquidos Ringer Lactato</p> <p>SaO<sub>2</sub> 97% 97%</p> <p>ETCO<sub>2</sub></p> <p>ECG ECG</p> <p>240</p> <p>220</p> <p>200</p> <p>180</p> <p>160</p> <p>140</p> <p>120</p> <p>100</p> <p>80</p> <p>60</p> <p>40</p> <p>20</p> <p>Anotações</p>																																	
<p>Drogas Usadas</p> <table border="0"> <tr><td>1</td><td>Cevimeline</td><td>2g</td></tr> <tr><td>2</td><td>Midazolam</td><td>1,5mg</td></tr> <tr><td>3</td><td>Fentanyl</td><td>25 µg</td></tr> <tr><td>4</td><td>Desonradotônico</td><td>15 ml</td></tr> <tr><td>5</td><td>Propofol</td><td>150 mg</td></tr> <tr><td>6</td><td>Benzodiazepino</td><td>10 mg</td></tr> <tr><td>7</td><td>Dipironone</td><td>2g</td></tr> <tr><td>8</td><td>Tramadol</td><td>100 mg</td></tr> <tr><td>9</td><td>Ondansetron</td><td>4 mg</td></tr> </table>							1	Cevimeline	2g	2	Midazolam	1,5mg	3	Fentanyl	25 µg	4	Desonradotônico	15 ml	5	Propofol	150 mg	6	Benzodiazepino	10 mg	7	Dipironone	2g	8	Tramadol	100 mg	9	Ondansetron	4 mg
1	Cevimeline	2g																															
2	Midazolam	1,5mg																															
3	Fentanyl	25 µg																															
4	Desonradotônico	15 ml																															
5	Propofol	150 mg																															
6	Benzodiazepino	10 mg																															
7	Dipironone	2g																															
8	Tramadol	100 mg																															
9	Ondansetron	4 mg																															
<p>Técnica Anestésica</p> <p>1 Montanha - pranoxene + rexa do montanha ② Se pico vermelho. ③ Oxiol côder nasal.</p>																																	
<p>Monitorização</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro</p> <p><input type="checkbox"/> PNI</p> <p><input type="checkbox"/> Sonda Vesical</p> <p><input type="checkbox"/> Capnógrafo</p> <p><input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p> <p><i>MP MSB mino</i></p>		<p>Encaminhado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Acordado</p> <p><input type="checkbox"/> Sonolento</p> <p><input type="checkbox"/> Intubado</p> <p>Destino</p> <p><input type="checkbox"/> SRPA</p> <p><input type="checkbox"/> Apart/Enf.</p> <p><input type="checkbox"/> UTI</p> <p><input type="checkbox"/> Externo</p>		<p>Intercorrência: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>Descrever:</p> <p>H - Hospital Dom Helder Câmara Selange Lyra Faturamento SAME</p> <p>Em: 10/12/2019</p> <p>Assinatura do Anestesiologista</p>																													





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: Celia Roberts

### **Registro:**

Clinica: 000

Enfermaria: TWA

Leito: 405-1

Data/Hora	
	PF Duro 29.11.19
	JH
	Ramón Jgn urbano Anselmo
	Fto capas. dyneho
	ca hantado
	Médica
	Dr. Mariana S. de Almeida Almeida
	<b>Psicologia -</b>
GW 12.19 16:30hrs	Durante visita ao pát o encantamento demonstrando feliz, mas reflexiva. Peito clavicular observada de alta hospitalar.
	M. C. Guerra Psicóloga ERP: 11044
	Hospital Dom Helder Câmara Santos Lira Farmácia / SAME EM!

Cón 32261



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA				DATA: 27/11/16	
PACIENTE:	Letiz Roberto dos Santos			RG:	112319
CIRURGIAO:	Dr. Fernando Camelo			AUXILIAR:	
ANESTESISTA:	Dra. Carlos			ANESTESIA:	Geral Iovenosa
CIRURGIA:	TTC retirada de fixador externo			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Rúbia
ESTRUMENTADOR:				COREN:	
CIRCULANTE:	Spulca			HORARIO INICIAL:	
ENFERMEIRA:	Thais			HORARIO FINAL:	
DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05				DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05	
AGULHAS				BRINOS	
13X4,5	25X7	25X3	40X12	KHER 8	KHER 10
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 12	KHER 14
ATADURAS				BLAKER 19FR	BLAKER 24FR
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 20	TORAX 26
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		TORAX 28	TORAX 32
					TORAX 36
CANULAS				SONDAS	
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	ENTERAL 10	ENTERAL 12
TRAQUEOST 9,0				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
CATETER				FIOS CIRÚRGICOS	
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	CROMADO 0	CROMADO 1
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
LIMPADORES				CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
CURATIVOS				SIMPLES 5-0	NYLON 2-0
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	NYLON 3-0	NYLON 4-0
EQUIPOS				NYLON 5-0	NYLON 6-0
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO	NYLON 8-0	NYLON 9-0
EXTENSORES				NYLON 10-0	POLIESTER 2
20CM	40CM	60CM	120CM	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
LAMINAS				POLIESTER 4-0	PROLENE 0
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	PROLENE 2-0	PROLENE 2
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6		PROLENE 2-0	PROLENE 3-0
LUVAS				VICRYL 0	VICRYL 1
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
SERINGAS				VICRYL 4-0	CERA POSSO
1ML	3ML	5ML	10ML	MARCAPASSO	VALVEKIT
20ML	60ML	60ML CATETER		SEDA 2-0	SEDA 3-0
AVENTAL CIRUR	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS	SURGIGEL 5X75	ACO 1
ELETRODOS	FILTRO Umidif.	GAZES	GELFOAM	ACO 4	ACO 6
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA		
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO		

CÓD. 20107



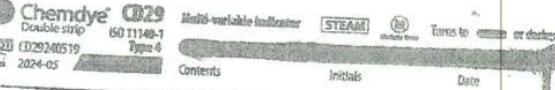
### IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

#### 1. Identificação

Nome:	<i>Belin Roberto dos Santos</i>	Data:	<i>21/11/15</i>	Registro:	<i>122319</i>
Convênio:	<i>SUS</i>	Leito:			
			Hora: <i>15:30</i>		

#### 2. Equipe médica:

Cirurgião:	<i>Dra Leonardo Lameijo</i>	1º auxiliar:			
Anestesista:	<i>Dra. Paula</i>	Instrumentador:			
Circulante:	<i>Enaia</i>				

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<i>Lup Capot básico MMII bandeja</i>	 blue → black 1 2024-05	 Multi-variable indicator STEAM Contents Initials Date
	 blue → black 1 2024-05	 Contents Initials Date
	 blue → black 1 2024-05	 Contents Initials Date

CÓD. 38236





HOSPITAL  
DOM HELDER

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

## 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) NERUOVASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Abutriuk  
Médico / CRM-PE 2779

30 NOV 2019





HOSPITAL  
DOM HELDER

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 3/12/2019 11:30

## EVOLUÇÃO ENFERMARIAORTOPEDIA 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) NERUOVASCULAR COMPROMETIDO

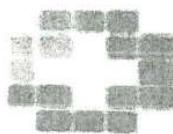
PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

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 ENFERMARIAORTOPEDIA 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) NERUOVASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Abrahão  
Médico CRM-PE 27.75

28 NOV. 2019



## 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 Clínica

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) NERUOVASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Ribeiro  
Médico / CRM-PI 17232  
10 NOV 2019





## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Nome: Elio Roberto dos Santos

Registro: 122319

405 d

**Clinica:** \_\_\_\_\_

Enfermaria: Bloco

1070

GDP 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, repto 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



Assinado eletronicamente por: JULIO CEZAR SANTOS DA SILVA - 15/12/2020 21:46:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121521464551200000071114566>  
Número do documento: 20121521464551200000071114566

Num. 72542148 - Pág. 1

## CONTESTAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010302253300000072333338>  
Número do documento: 21012010302253300000072333338

Num. 73793781 - Pág. 1



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 **CELIRO 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**.**

Cumpre 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 descharacteriza 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101201030227220000007233339>  
Número do documento: 2101201030227220000007233339

Num. 73796632 - Pág. 1

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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### **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, CPC<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>"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, prossegue 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 desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 ressalvar 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 deve 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 parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

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;

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)**.

---

<sup>4</sup>RECURSO 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 HOUVE 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.

<sup>5</sup>Súmula 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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

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 Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários 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;

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

<sup>7</sup>art. <sup>1º</sup> (...)  
§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 expresso 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. RAFAELA 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101201030227220000007233339>  
Número do documento: 2101201030227220000007233339

Num. 73796632 - Pág. 6

## 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 GRAADAÇÃO**

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					
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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010302272200000072333339>  
 Número do documento: 21012010302272200000072333339

## 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; **JOSELAINÉ 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 nº 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

JOSELAINÉ 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010302272200000072333339>  
Número do documento: 21012010302272200000072333339

Num. 73796632 - Pág. 9



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00291/00292 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020146



Carta nº 15553510



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010302290300000072333341>  
Número do documento: 21012010302290300000072333341

Num. 73796634 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do Sisbito ou ASI:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  376.885.374-87 Celso Roberto dos Santos

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> Celso Roberto dos Santos	6 - CPF: <input type="text"/> 376.885.374-87
7 - Profissão: <input type="text"/> encarregado	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua São Bartolomeu
9 - Número: <input type="text"/> 3	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> Centro	12 - Cidade: <input type="text"/> Escada
13 - Estado: <input type="text"/> PE	14 - CEP: <input type="text"/> 55.300-00
15 - E-mail: <input type="text"/>	16 - Telefone: <input type="text"/> (81) 997340411

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 | CONTA:  25.866.8 | AGENCIA:  CONTA:

[Informar o dígito se existir]

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária e informada, de maneira individualizada, o valor da indenização/reembolso ao Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer total ou 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 (I.M.L.) para os fins de requerimento de indenização no Seguro DPVAT (Lei nº 8.114/74), 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 da meu período 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 preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 192/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua constatação.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

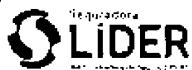
27 - Se a vítima deixou filhos, informar:  Sim  Não | 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não | 29 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não | 30 - Vítima deixou netos/neta(s)?  Sim  Não | 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não | 32 - Se tinha irmãos, informar:  Sim  Não | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não | 34 - Vítima deixou filhos:  Sim  Não | 35 - Vítima deixou netos/neta(s):  Sim  Não | 36 - Vítima deixou irmãos:  Sim  Não | 37 - Vítima deixou pais/avós:  Sim  Não | 38 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  CPF:

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

34	35 - Nome e gênero de quem assina o pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> Assinatura da testemunha
39	40 - Local e Data: <input type="text"/> Greco 13. fevereiro 2020	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <input type="text"/>	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): <input type="text"/> 102/2019	43 - Assinatura do Procurador (se houver): <input type="text"/>

TESTEMUNHAS





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do documento AS:

3 - CPF da vitima:

4 - Nome completo da vítima:

576.375.341-27

Roberto dos Santos

Roberto dos Santos

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

5 - Nome completo:

Roberto dos Santos

13 - RG:

13.575.885.324-82

7 - Profissão:

Estudante

9 - Endereço:

Rua São Bernardo

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Espirito Santo

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.500-000

15 - E-mail:

(81) 99410-0111

10 - Número:

10 - Complemento:

## 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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ 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 PÔUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0719

CONTA: 25666

AGÊNCIA: 0719

CONTA: 25666

Inserir o dígito de exibição

Autorizo a Seguradora Lider a registrar na conta corrente a informada, de minha total arredade, o valor da indenização/recompença do Seguro DPVAT a que sou intitulado, recorrendo e dando desdesta forma a efetivação do crédito diretamente na conta de vencimento.

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

Declaro, sob minha palavra, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT (Lei nº 9.013/74), uma vez que:

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

Sei que o presteamento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, nesse caso, em submeter a minha perícia ao IML, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 9.013/74.

Declaro que essa autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vitima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se é filho(a), informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima faleceu naturalmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se é filha/filho, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos		Naturalmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos		Avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indemnizada o Seguro DPVAT, os montes acima beneficiários que se apresentarem e provarão sua condição, e ainda, mediante prova, de que sua ausência em dia, declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento ao valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha

35 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha

36 - Nome legível de quem assina a ped do (a rogo): \_\_\_\_\_

37 - CPF legível de quem assina a ped do (a rogo): \_\_\_\_\_

38 - Assinatura de quem assina a ped do (a rogo): \_\_\_\_\_

40 - Local e Data:

*Brasília - DF - 05/01/2021*  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (de falecida): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

12/01/2021 00:00:00

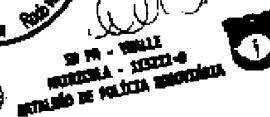
TESTEMUNHAS





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

Nº / ANO  
**L-2649/19**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**I - LOCAL E DATA**

COM ANEXO     SEM ANEXO

Município	ESCADA	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	ENGAVENTAMENTO
Pedestre	Longitudinal <input checked="" type="checkbox"/>	Frontal <input type="checkbox"/>	Pista/Arvore <input type="checkbox"/>	TOMBAMENTO <input type="checkbox"/>
Animal	Transversal <input type="checkbox"/>	Traseira <input type="checkbox"/>	Muro/Casa <input type="checkbox"/>	SAIDA DE PISTA <input type="checkbox"/>
		Veic. Parado <input type="checkbox"/>		OUTROS <input type="checkbox"/>

**III - CONSEQUÊNCIA**

SEM VITIMA	COM VITIMA <input checked="" type="checkbox"/>	X	MORTOS	FERIDOS	X
N/V E/IC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE			IDENT. 03	NÃO IDENT.	
					TOTAL 03

**IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS**

ACID. VERIFICADO	CONDIÇÕES/VIA	CONDIÇÕES/TEMPO	PERÍODO/DIA	SEMÁFORO
Lixo na Via <input checked="" type="checkbox"/>	Seca <input checked="" type="checkbox"/>	Borr <input checked="" type="checkbox"/>	Manhã <input checked="" type="checkbox"/>	S/Defeito <input type="checkbox"/>
Cruzamento	Molhada <input type="checkbox"/>	Chuva <input type="checkbox"/>	Tarde <input type="checkbox"/>	C/Defeito <input type="checkbox"/>
Outros	Enlameada <input type="checkbox"/>	Nebulosa <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Destigado <input type="checkbox"/>
	Oleada <input type="checkbox"/>	Gareta <input type="checkbox"/>	Madrugada <input type="checkbox"/>	N/Existe <input checked="" type="checkbox"/>

**V - CONTROLE DO TRÂFEGO**

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

**VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES**

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2/V3	COMPORTAMENTO - V1/V2		
Realizado no Local <input type="checkbox"/>	V1	Permaneceu no local <input type="checkbox"/>	V1/V3
Enc. Para Exame <input type="checkbox"/>		Socorrido <input type="checkbox"/>	V2
Não foi Realizado <input type="checkbox"/>	V2	Evadiu-se <input 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' acid. i Art 176 V CTB )
Conduzir Veic.n Lic. i Art. 230 V CTB	Desob. Ordens do Agente trans. ( Art. 195 CTB )
Conduzir Veic.s Doc. Porte Obrig. ( Art. 232 CTB )	Conduzir Veic. C/ Laerte Violado ( Art 230 I CTB )
Dirigir Sob. Influenc Álcool ( Art. 165 CTB )	Conduzir Veic. S. Placa ( Art 230 IV CTB )
Deixar de Prestar Socorro à Vítima ( Art 176 I CTB )	Conduzir Veic. C/ Placa Ileg. i Art 230 VI CTB )
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trâns (Art 176 II CTB)	Conduzir Veic. Alter. De Caract. i Art 230 VII CTB )
Deixar de Preservar Local de Acid. ( Art 176 III CTB )	Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrog. ( Art 230 IX CTB )
Deixar de Renovar Veic. Qdo Determ. ( Art 176 IV CTB )	Outras

### XV - AVARIAS APARENTEIS

VEÍCULO - 01	VEÍCULO - 02
<b>EM ANEXO</b>	<b>EM ANEXO</b>

### XVI - DADOS NECESSÁRIOS

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

CONFERE COM O ORIGINAL QUE  
ME FOI APRESENTADO

DATA: 27/12/2019.

ASS: SD PM J12394-7 QAB



## VIII - VEÍCULOS

QUANTO A TRAÇÃO - V1/V2		ESPECIE - V1/V2		CATEGORIA - V1/V2	
Automotor	V1/V2	Passageiro	V2	Oficial	
Elétrico		Carga	V1/V3	Representação	
De Propulsão Humana		Misto		Particular	V2
Reboque ou Semi-reboque	V3	Competição		Aluguel	V1/V3
		Tração		Aprendizagem	
		Especial			

## IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

### VEÍCULO - 01

Marca	IVECO	Modelo	S70538TN	Ano	2008/2009	Renavam	125753730	Placa	MCH-0943
Município		Nº do Chassis	932S2MRH098804174					Veículo de Carga nº de Eixo	
Carregado		Apreendido				Liberado	X	Eviadu - se	
Proprietário									
Residência								Bairro	
Município		Rg.				Org. Exp.		CNPJ	82.125.618/0001-42
Condutor									
Residência			RUA MUSTARDA, 4150					Bairro	
Município	JAB GUARARAPES	Rg.	3113984			Org. Exp.	SSP PE	CPF	CURADEI
CNH/Pront. N°	02328940690	Categoria	R						499.188.264-87

### VEÍCULO - 02

Marca	VW	Modelo	NOVO FOX	Ano	2015	Renavam	1046189236	Placa	PDW-8754
Município		Nº do Chassis	9BWAB45Z0E4054001					Veículo de Carga nº de Eixo	
Carregado		Apreendido				Liberado	X	Eviadu - se	
Proprietário									
Residência			RUA SÃO BARTOLOMEU, 03					Bairro	NOVA DESCOPERTA
Município	RECIFE	Rg.	35369			Org. Exp.	PMPE	CPF	376.885.374-87
Condutor									
Residência			RUA SÃO BARTOLOMEU, 03					Bairro	NOVA DESCOPERTA
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	Eviadu - se	
Proprietário									
Residência								Bairro	
Município		Rg.				Org. Exp.		CNPJ	82.125.618/0001-42
Condutor									
Residência								Bairro	
Município		Rg.				Org. Exp.		CPF	
CNH/Pront. N°		Categoria				Validade			Hora/Dir.

### TESTEMUNHA - 01

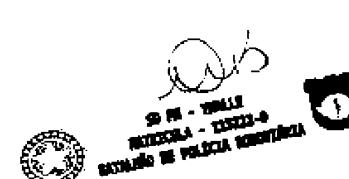
Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência							
Município		UF	Rg.		Org. Exp.	CPF	

### VITIMA - 01

Nome	CELIO ROBERTO DOS SANTOS	Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil	CASADO	Idade		Motorista	X	Pedestre
Profissão	POL. MILITAR	Residência		Sexo	M	Nacionalidade
Município	RECIFE	UF	PE	Rg.		BRA
Socorro		Rg.	35369	Org. Exp.	PMPE	Naturalidade
Dados Fornecidos Por						NOVA DESCOPERTA
Residência						
Município	RECIFE	UF	PE	Rg.	SDS PE	376.885.374-87

CELIO ROBERTO DOS SANTOS FILHO - F 81 99176-6657

Nome	CELIO ROBERTO DOS SANTOS	Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais
Estado Civil	CASADO	Idade		Motorista	X	Pedestre
Profissão	POL. MILITAR	Residência		Sexo	M	Nacionalidade
Município	RECIFE	UF	PE	Rg.		BRA
Socorro		Rg.	35369	Org. Exp.	PMPE	Naturalidade
Dados Fornecidos Por						NOVA DESCOPERTA
Residência						
Município	RECIFE	UF	PE	Rg.	SDS PE	376.885.374-87



## IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas			
Ônibus, Caminhão ou Trator -			
Trem -			
Veículo de 2 ou 3 Rodas -			
Pedestre			
Animal -			
Objeto Fixo			

XIII - CROOK

## **EM ANEXO**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:23  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010302290300000072333341>  
Número do documento: 21012010302290300000072333341

Num. 73796634 - Pág. 9

**BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRAFEGO E ACIDENTE**

**ANEXO AO B.A.T. N°**

**I - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES**

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

**II - VEÍCULOS**

<b>QUANTO À TRAÇÃO - V3/V4</b>	<b>ESPÉCIE - V3/V4</b>	<b>CATEGORIA - V3/V4</b>
Automotor	Passageiro	Oficial
Elétrico	Carga	Representação
De Propulsão Humana	Misto	Particular
Reboque ou Semi-reboque	Competição	Aluguel
	Tração	Aprendizagem
	Especial	

**III - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES**

VEÍCULO - 03				
Marca	Modelo	Ano	Renavam	Placa
Município		Nº do Chassis		
Carregado	Apreendido		Liberado	Eviado - 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	Eviado - 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



*AB*  
 10 MIL - TIRADentes  
 MATRIZ - 22222-0  
 BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA



**BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRÂNSITO E ACIDENTE**

ANEXO AO B.A.N.

I - CONDIÇÕES DO CONDUTOR

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA		COMPORTAMENTO
Realizado no local		Permaneceu no local
Enc. Para Exame		Socorreu o Vítima
Não foi Realizado	V.S	Evidenciado

II - VEÍCULOS

QUANTIA TRACADA	ESPECIE	CATEGORIA
Automóveis	Passeiro	Oficial
Plástico	Carga	Representação
De Propriedade Humana	Misto	Particular
Reboque ou Semi-reboque	Proprietário	Aluguel
	Tração	Transporte de passageiros
	especial	

III - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO - 1

Marca	Modelo	Nº do Chassis	Proprietário	Placa
Município				
Carregado	Aprendendo		Liberado	
Proprietário				
Residência				
Município	Rg.	Org. EXP.		
Condutor				
Residência				
Município	Rg.	Org. EXP.	CIC	
CNH/Frente N°	Categoria			

VEÍCULO -

Marca	Modelo	Nº	Proprietário	Placa
Município		Nº do Chassis		
Carregado	Aprendendo		Liberado	
Proprietário				
Residência				
Município	Rg.	Org. EXP.	CIC	
Condutor				
Residência				
Município	Rg.	Org. EXP.	CIC	
CNH/Frente N°	Categoria		Validade	Hora Tér.

VEÍCULO - 1

A. M. M. S. / 2021

A. M. M. S. / 2021

A. M. M. S. / 2021

VEÍCULO -

A. M. M. S. / 2021

A. M. M. S. / 2021

A. M. M. S. / 2021

Assinatura

Data



## DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM

PMVE - DGO - CTF - BPERV

Moralista Cel. Menezes de Souza Neto

XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	VI	VII
Dirigir S. CNH (Art. 162, I, CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	Dirigir de prestar informe (Art. 176 v. CTB)
Conduzir veic. s/ lic. Prof. habilit. (Art. 252 CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	Desob. Obed. do Agente Técnico (Art. 195 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Prova dirig. (Art. 252 CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	Conduzir veic. s/ licença expedida (Art. 226, I, CTB)
Dirigir sob influência de álcool (Art. 163 CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	Conduzir veic. s/ placa (Art. 220, IV, CTB)
Dirigir de prestar informe à vítima (Art. 176, CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	Conduzir veic. s/ placas legais (Art. 220 VI, CTB)
Dirigir de aderir prov. P. evitou p. risco meu (Art. 176, CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	Conduzir veic. Alter. P. perig. (Art. 220 VII, CTB)
Dirigir de prestar via fonda do réu (Art. 176 III, CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	Conduzir veic. Desobe. equan. dirig. (Art. 220, IV)
Dirigir de permanecer veic. Qdo. Detinha (Art. 176, IV, CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	Graças ...

XIII - OcorrêncXIV - SINTOLOGIA

<input checked="" type="checkbox"/>	Automóvel e outros veículos de 4 rodas
<input checked="" type="checkbox"/>	Ônibus, Caminhão e Trator
<input checked="" type="checkbox"/>	Tren
<input checked="" type="checkbox"/>	Veículo de 2 ou 3 rodas
<input checked="" type="checkbox"/>	Pedestre
<input checked="" type="checkbox"/>	Animal
<input checked="" type="checkbox"/>	Objeto Fixo

<input checked="" type="checkbox"/>	Acidente
<input checked="" type="checkbox"/>	Marcha à Frente.
<input checked="" type="checkbox"/>	Marcha à Ré
<input checked="" type="checkbox"/>	Desrapagem
<input checked="" type="checkbox"/>	Capotamento ou Tombamento
<input checked="" type="checkbox"/>	Local da Colisão
<input checked="" type="checkbox"/>	Depósito do cofre

XV - AVARIAS APARENTEIS

## VEÍCULO - 1

VEÍCULOS: FANAL E FANAL  
FANAL DE MILHA 816,4200, SP/BR  
FANAL MONTADO E GOMA LIGADA  
ESTRADA DA FONTE DA VILA ESTRADA  
FANAL DE MILHA 816,4200, SP/BR  
FANAL E FANAL DA MILHA 816,4200, SP/BR

## VEÍCULO - 02

VEÍCULOS: FANAL E FANAL  
FANAL DE MILHA 816,4200, SP/BR  
FANAL MONTADO E GOMA LIGADA  
ESTRADA DA FONTE DA VILA ESTRADA  
FANAL DE MILHA 816,4200, SP/BR  
FANAL E FANAL DA MILHA 816,4200, SP/BR

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de:

Hora:

Nome do recebedor da ocorrência:

Matrícula:

XVII - RESPONSÁVEL  
PELO BAT.

POSTOGRAD.

MATRÍCULA

NOME

S/ S/

S/ S/

S/ S/

XVIII - Datilógrafo SSTA:

Of. Chefe SSTA:





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



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT N° 11-11-2021-2)

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

MOT. FON Roberto TRAFEGANDO NA PO 45  
SENTRAL VITRIZIO DE SANTO ANTÔNIO VN  
VEÍCULO FOX ENCOLHIL A FAIXA COLIDINDO  
NA LATERAL ESQUERDA DE CARRO  
QUEM SÓ COLOCOU A MÃO DO LADO DE FAIXA  
DO SEU VEÍCULO FOX BRANCA PLACA PON 8754

\*\*\*\*\*  
Veículo: IVECO 380 CASSETA  
Nome do Condutor: José Roberto Fred  
RG: 3113984 Órgão Expedidor:  
Placa do Veículo: M0H0943 CPF: 44418826487  
Data: 21/11/19 Hora: 09:30:

Assinatura: José Roberto Fred



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.



10. The following table shows the number of hours worked by each employee.

1-2644/14  
66-11072-764

Franklin D. Roosevelt for Senate 1932?

~~4991177-87~~ 4991177-87  
~~4991177-87~~ 4991177-87  
4991177-87 4991177-87



1-11272547

— The 4th of July, 1863, was a day of rejoicing throughout the country. The people were jubilant over the news of the victory at Gettysburg, and the prospects of a speedy end to the rebellion. The Union forces had won a decisive victory, and the Confederacy was on the brink of defeat. The war had been long and残酷, but the Union's determination and courage had finally paid off. The victory at Gettysburg was a turning point in the war, and it paved the way for the eventual victory of the Union. The people celebrated the 4th of July with great enthusiasm, and the atmosphere was one of hope and optimism. The war was far from over, but the victory at Gettysburg gave the Union a much-needed boost in morale. The people were grateful for the sacrifice of the soldiers who had fought so bravely. The victory at Gettysburg was a momentous event in American history, and it will永远 be remembered as a day of triumph and victory.

*1878*

15





Jairton Lopes da Silva  
Comissário de Polícia  
Matr. 350.755-6

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA - DP63ºCIRC**  
**DINTER1/12ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 20E0153000002**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado /Consumidor/ que aconteceu no dia 21/11/2019 às 09:25**

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

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

**SEM AUTORIA AUTOR VAGAS (E) / CELIO ROBERTO DOS SANTOS (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO** (Usado na gênese da ocorrência), que estava em posse de(s) Sra(s) **CELIO ROBERTO DOS SANTOS**

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

**CELIO ROBERTO DOS SANTOS** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Idade: **JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS** (não declarado) Data de Nascimento: **27/7/1965** Natural de: **ESCADAS - PERNAMBUCO** /  
**BRASIL** Cidadão: **Brasileiro** RG: **35389-PM/PE (RG) 37688537487** (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escaladado: **2º GRAU**  
**COMPLETO** Professor: **POLICIAL MILITAR** (a) Município: **ESCADAS** - **PE** - **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: \_\_\_\_\_ Endereço de Comercio: \_\_\_\_\_ Telefone de Contato: \_\_\_\_\_

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

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

**SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO**

TAZELIAO JUNIOR, ELIAS MATHEUS DOS SANTOS - SUBSTITUTO, MARCELA MATIAS COSTA DOS SANTOS

02/01/2021 10:59

jean



AN DR JOSE HENRIQUE 196 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 51.500-000 TEL: (80) 3538-1556 FAX: (80)



Buletim de Ocorrência

Rio + C:\Users\luis\OneDrive\BOB\Preview.htm

Dar GRANCA - Ocorrencia: 1 (UNIDADE)

Placa: P0W8754 (PERMANECEU 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 HILDEBRANDO CAMARA, ATENDIDO COM PRONTUARIO 122319 PELO MEDICO JACIEL SOARES CRM 17726, IGOR ADUTIRAB CRM 27778 E ENFERMEIRA ALCINEIDE MENEZES COREN 255038. VITIMA COM FRATURA EXPOSTA OSSO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + PUNHO. LESÃO DE NERVO INTEROSSEO.

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

CELIO ROBERTO DOS SANTOS  
(VITIMA)

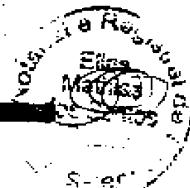
B.O. registrado por: JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA - Matricula: 360755-6

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

TAREFA DITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUIA: MARCILLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

DATA: 2021-01-20 10:30:23 | LOCAL: RUA DR. JOSE HENRIQUE, 196 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55500-000 - TEL: (87) 3534-1555 / 3712

AV. DR. JOSE HENRIQUE, 196 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55500-000 - TEL: (87) 3534-1555 / 3712



2 de 2

02/01/2021 10:30:23

## 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 - N° do Sisbito ou ASI:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  376.885.374-87 Celso Roberto dos Santos

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> Celso Roberto dos Santos	6 - CPF: <input type="text"/> 376.885.374-87
7 - Profissão: <input type="text"/> encarregado	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua São Bartolomeu
9 - Número: <input type="text"/> 3	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> Centro	12 - Cidade: <input type="text"/> Escada
13 - Estado: <input type="text"/> PE	14 - CEP: <input type="text"/> 55.300-00
15 - E-mail: <input type="text"/>	16 - Telefone: <input type="text"/> (81) 997840411

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$2.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:  10719 | CONTA:  25.866.8 | AGENCIA:  CONTA:

[Informar o dígito se existir]

[Informar o dígito se existir]

[Informar o dígito se existir]

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária e informada, de maneira individualizada, o valor da indenização/reembolso ao Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer total ou 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 (I.M.L.) para os fins de requerimento de indenização no Seguro DPVAT (Lei nº 8.114/74), 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 da meu período 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 preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 192/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua constatação.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

27 - Se a vítima deixou filhos, informar:  Sim  Não | 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não | 29 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não | 30 - Vítima deixou netos/neta(s)?  Sim  Não | 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não | 32 - Se tinha irmãos, informar:  Sim  Não | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não | 34 - Vítima deixou filhos:  Sim  Não | 35 - Vítima deixou netos/neta(s):  Sim  Não | 36 - Vítima deixou irmãos:  Sim  Não | 37 - Vítima deixou pais/avós:  Sim  Não | 38 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

34 - <input type="text"/>	35 - Nome e gênero de quem assina o pedido (a rogo): <input type="text"/>	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo): <input type="text"/>	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): <input type="text"/>	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/> Assinatura da testemunha
39 - Local e Data: <input type="text"/> Greco 13. fevereiro 2020	40 - Local e Data: <input type="text"/> Greco 13. fevereiro 2020	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <input type="text"/>	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): <input type="text"/> 107/2019	43 - Assinatura do Procurador (se houver): <input type="text"/>

TESTEMUNHAS



# 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010302290300000072333341>  
Número do documento: 21012010302290300000072333341

Num. 73796634 - Pág. 20





## HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Ident. Interno: 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 AMB/URG

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

Histórico Diagnóstico

109 FMAT OX/OSM/GRAV III

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

NO BLOCO

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Carimbo/Médico

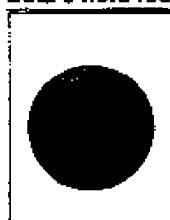


# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO 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 GAIAO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

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 GAIAO - COREN: 256038 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/11/2019 10:51

---

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:23  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010302290300000072333341>  
Número do documento: 21012010302290300000072333341

Num. 73796634 - Pág. 23



## 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

CENTRO

Naturalidade: ESCADA

PE

CEP: 55500000

Fone:

## DADOS DO ATENDIMENTO

Médico: 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, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 21/11/2019

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

## SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorada

Agostico: Frat ex parte Autonomia

Procedimento: Ljmp CTURGIC Dr. Igor Abutab

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

CRM/PE: 17778

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_

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

*Mr. Hospital Dom Helder Camara  
Scilence Lyra  
Fazendaria SAME*

10/12/2019

## RAIO-X

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





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 Clínica 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 CIRURGICO. ALTA PARA  
RETORNO EM 15 DIAS. PARA SEGUNDO TEMPO CIRURGICO

### EXAME FÍSICO:

- 1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO
- 2) GLASGOW 15
- 3) NERUOVASCULAR (+)

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



## TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL - NRS 2002

Data: 26/11/13

Paciente: <u>Célio Roberto dos Santos</u>	Registro: <u>122319</u>			
Peso Atual: <u>74</u>	Peso Habitual: <u>74</u>	Altura: <u>1.67</u>	Idade: <u>44</u>	Leito: <u>405-A</u>
				<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>Parte 1 – Triagem Inicial</b>				
Paciente Adresenta 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). 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. No entanto, 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	-	-	-	-

Larissa S. Soárez  
Nutrologista  
CRM 14733

Nutricionista

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

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth 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):315-21. "European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário pratico e utilização da nutricionista Mariana Rasián"





## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Nome: Celso Roberto dos Santos Registro: 12.2319

Registro: 122319

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: Bloco Leito: \_\_\_\_\_

CÓD. 38251



## 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 Clínica

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) NERUOVASCULAR COMPROMETIDO  
PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. 102403-33  
25-NV-2019



## 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 Clínica

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) NERUOVASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

21/11/2019  
NOV 2019



## 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 Clínica

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) NERUOVASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO



Dr. Igor Alencar  
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

28 NOV. 2019





## 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 Clínica

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) NERUOVASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA :

AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO

Dr. Igor Abutti  
Médico CRM-PE 3777

30 NOV 2019



## SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 3/12/2019 11:30

## Evolução Enfermaria Ortopedia e Traumatologia

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

405-1

## Evolução Clínica

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

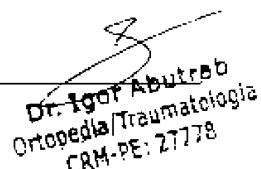
2) GLASGOW 15

3) NERUOVASCULAR COMPROMETIDO

PACIENTE NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, NEGA QUEIXAS,

CONDUTA:

AGUARDA 2º TEMPO CIRÚRGICO



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



DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO  
FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

Paciente: Célio Rezende dos Santos Data: 03/12/19  
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 ()Hipotálrica ()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

()Modulais

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

JH - Hospital Dom Helder Cândido  
Solange Lyra  
Faturamento / SAME  
CRNS: 1472

PARENTERAL: \_\_\_\_\_

RISCO NUTRICIONAL: ( SIM  NÃO)

Observações: Perigada retração nutricional segundo NRS 2002 o paciente segue sem risco nutricional

Lanisa Sampaio  
Nutricionista  
Nº CRN: 1472  
CRNS: 1472

Nutricionista





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Celso Roberto Registro:

Clinica: 000 Enfermaria: 70 Leito: 105-1

Data/Hora	
	<del>ff. Dno</del> 29.11.19
JH	Pauini - Agm urbano Anchieta ffo agm. depurado
	(a) <del>lancha</del> Medica Qia. Menores de 18 anos e idosos
04.01.19 14.30hs	- Psicodrama - Durante visita ao pát o encontro demonstrando rejeição, não respeito queixa. Pato elaborado associado de alta hospitalar.
	M.C. / Guerra Psicólogo CRP: 11044
	Dr. Hospital Dom Hélio Sampaio Solange Lira Patrulheiros SAME Fam.

000 38255



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARAGESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

## FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente  
CELESTINO ROBERTO, 725 SANTOS

Sexo: ♂ | Idade: 54 | Risco: 3

CRM: 027039-A-1498 | Nome do Anestesista: CARLOS JOSÉ

Nome do Cirurgião:

Menciação Pre-anestésica:

Urgência:  NAO  SIM

Clínica: Retirada de Fixador Externo na joia e

Horário:  
11:30 16/3/202<sub>3</sub>N<sub>2</sub>O

Liquidos

SaO<sub>2</sub>: 94% | 94%tCO<sub>2</sub>:

ECG: 130 | 250

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

100

200

300

400

500

600

700

800

900

1000

1100

1200

1300

1400

1500

1600

1700

1800

1900

2000

2100

2200

2300

2400

2500

2600

2700

2800

2900

3000

3100

3200

3300

3400

3500

3600

3700

3800

3900

4000

4100

4200

4300

4400

4500

4600

4700

4800

4900

5000

5100

5200

5300

5400

5500

5600

5700

5800

5900

6000

6100

6200

6300

6400

6500

6600

6700

6800

6900

7000

7100

7200

7300

7400

7500

7600

7700

7800

7900

8000

8100

8200

8300

8400

8500

8600

8700

8800

8900

9000

9100

9200

9300

9400

9500

9600

9700

9800

9900

10000

10100

10200

10300

10400

10500

10600

10700

10800

10900

11000

11100

11200

11300

11400

11500

11600

11700

11800

11900

12000

12100

12200

12300

12400

12500

12600

12700

12800

12900

13000

13100

13200

13300

13400

13500

13600

13700

13800

13900

14000

14100

14200

14300

14400

14500

14600

14700

14800

14900

15000

15100

15200

15300

15400

15500

15600

15700

15800

15900

16000

16100

16200

16300

16400

16500

16600

16700

16800

16900

17000

17100

17200

17300

17400

17500

17600

17700

17800

17900

18000

18100

18200

18300

18400

18500

18600

18700

18800

18900

19000

19100

19200

19300

19400

19500

19600

19700

19800

19900

20000

20100

20200

20300

20400

20500

20600

20700

20800

20900

21000

21100

21200

21300

21400

21500

21600

21700

21800

21900

22000

22100

22200

22300

22400

22500

22600

22700

22800

22900

23000

23100

23200

23300

23400

23500

23600

23700

23800

23900

24000

24100

24200

24300

24400

24500

24600

24700

24800

24900

25000

25100

25200

25300

25400

25500

25600

25700

25800

25900

26000

26100

26200

26300

26400

26500

26600

26700

26800

26900

27000

27100

27200

27300

27400

27500

27600

27700

27800

27900

28000

28100

28200

28300

28400

28500

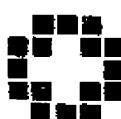
28600

28700

28800

 <b>HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA</b>	<b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA</b>		 <b>GESTÃO IMIP HOSPITALAR</b>	
Nome: <u>Elio Roberto dos Santos</u> Procedimento cirúrgico:		Registro: <u>122319</u> Leito:		
		Data: <u>27/11/19</u>	Hora:	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS
<b>1. Ansiedade</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<input 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		
<b>2. Ventilação prejudicada</b> <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 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		
<b>3. Padrão de eliminação urinária</b> <input checked="" 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 hidrica, 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		
<b>4. Dor</b> <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>MSE</u> <input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa		<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada _____ / ____ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de débito 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		
<b>5. Integridade tissular prejudicada</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ / ____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros		
<b>6. Sangramento</b> <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>MSE</u> <input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa		<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



L-00

1. Identificação

Nome:	<u>Edio Rubens dos Santos</u>	Data:	<u>27/11/19</u>	Horas:	<u>20:00</u>	Registro:	<u>101319</u>
Leito da SRPA:							

Leito de origem:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia:	<u>1º Enxerto de fáscia lata extenso</u>
Tipo de anestesia:	<u>General Venosa</u>
Equipe:	<u>Dra. Joana de Souza</u>
Anestesista:	<u>Dra. Carla</u>

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: <u>126x91</u> mmHg FR: <u>11</u> p/min FC: <u>92</u> p/min SaPO2: <u>93%</u>
Glasgow:

4. Monitorização

SSV/V/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>126x82</u>	<u>127x92</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: 20:00 Responsável pelo encanamento: Dr. Geraldo 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 type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros	
9. Emese ( ) Náusea ( )	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ____ / ____ h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC <input 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 type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: <input checked="" type="checkbox"/> Táquicardia; <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 Outros	
12. Risco de Infecção ( )	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <input checked="" type="checkbox"/> P. <input checked="" type="checkbox"/> P. <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações ( <input checked="" type="checkbox"/> dor; <input checked="" type="checkbox"/> calor; <input checked="" type="checkbox"/> rubor; <input checked="" type="checkbox"/> edema) <input type="checkbox"/> Outros	
G - Sonda Nasogástrica	PA - Pressão Arterial	FC: Frequência Cardíaca
SNE - Sonda Naso Enteral	HGT - Hemiglicoteste	AVP - Acesso Venoso Periférico

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

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



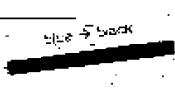
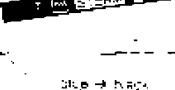
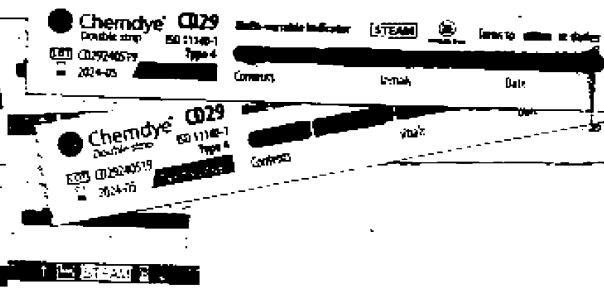
### IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

#### 1. Identificação

Nome Bruno Roberto dos Santos Data: 27/11/19 Registro: 122319  
 Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 15:30

#### 2. Equipe médica:

Cirurgião: <u>Dr. Leonardo Loureiro</u>	1º auxiliar: _____
Anestesista: <u>Dr. Carlos</u>	Instrumentador: _____
Circulante: <u>Enfermeira</u>	_____

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<u>Lip</u> <u>Capot</u> <u>Báscuo MMII</u> <u>bandejas</u>	 	

CÓD 38236



FACIENTE:	Felicity Roberta dos Santos			DATA:	07/11/19
CIRURGIÃO:	Dr. Leonardo Camargo			RG:	023.19
ANESTESISTA:	Dra. Carlos			ANESTESIA:	geral tensor
CIRURGIA:	TTC titrada de fixador externo			ESTRUMENTADOR:	Quana
CIRCULANTE:	Silvana			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	
ENFERMEIRA:	Thais			COREN:	
DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05				DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05	
<b>AGULHAS</b>					
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 12	KHER 14
<b>ATADURAS</b>					
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	KHER 18	SUCCAO 3,2
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
<b>CANULAS</b>					
AQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	BLAKER 19FR	BLAKER 24FR
TRAQUEOST 9,0				TORAX 20	TORAX 26
<b>CATETER</b>					
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	TORAX 28	TORAX 30
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	TORAX 32	TORAX 36
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		<b>BOMBAS</b>	
<b>LIMPADORES</b>					
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	ENTERAL 10	ENTERAL 12
<b>CURATIVOS</b>					
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0
<b>EQUIPAMENTOS</b>					
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	P/SORO MACRO	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
<b>EXTENSORES</b>					
20CM	40CM	60CM	120CM	ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0
<b>LAMINAS</b>					
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6		FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
<b>LUVAS</b>					
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08
<b>SERINGAS</b>					
1ML	3ML	5ML	10ML	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
20ML	50ML	50ML CATETER		FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16
<b>AVENTAL CIRUR</b>					
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PI VIDEO		NASO 10	NASO 12
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS	NASO 14	NASO 16
ELETRODOS	FILTRU UMIDIF.	GAZES	GELFOAM	URETRAL 6	URETRAL 8
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA	URETRAL 10	URETRAL 12
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO	URETRAL 14	URETRAL 16
<b>FIOS CIRÚRGICOS</b>					
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 POSSO	MARCAPASSO	VALVEKTT		
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0		
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6		

CÓD. 38407





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

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Cílio Roberto dos Santos Data: 21/11/19 Hora: 15:57 Registro: 102319  
 Convênio: SVS Leito: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. Recaredo Leme Jr Anestesiista: Dr. Carlos  
 Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: \_\_\_\_\_

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: TT retirada de fixador externo Início: 16:15 Término: 16:25  
 Anestesia: anatal 100ml Início: 16:55 Término: 16:45

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

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

Chegou no CC em uso de: \_\_\_\_\_

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

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

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Coímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>	PNI <input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC <input type="checkbox"/>	Asgrador <input type="checkbox"/>
Colchão Térmico <input type="checkbox"/>	Bisturi Ultrassônico <input type="checkbox"/>	Artroscópio <input type="checkbox"/>	Microscópio <input type="checkbox"/>	Capnógrafo <input type="checkbox"/>
Bisturi Elétrico <input type="checkbox"/>	Local da Placa _____			
Carro de Anestesia <input checked="" type="checkbox"/>	Dífrusor <input type="checkbox"/>	Intensificador <input type="checkbox"/>		
Ap. Vídeo <input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão <input type="checkbox"/>		Nº ( ) _____	
Oxigênio <input type="checkbox"/>	Início _____ Término _____			
Protóxido <input type="checkbox"/>	Início _____ Término _____			
Gas Carbônico <input type="checkbox"/>	Início _____ Término _____			
Outros: _____				

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

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

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: <u>Sigilo em anexo ao monitoramento do paciente</u>	CIRURGIA: _____
	_____
	_____
	_____
	_____

**6 - OBSERVAÇÕES:**

_____
_____
_____
_____
_____

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado <input checked="" type="checkbox"/>	Narcose <input type="checkbox"/>	Entubado <input type="checkbox"/>	Traqueostomizado <input type="checkbox"/>
Encaminhado para: SRPA <input checked="" type="checkbox"/>	S Intensiva <input type="checkbox"/>	UCOR <input type="checkbox"/>	UTI <input type="checkbox"/> Agt <sup>+</sup> <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/>

Data: <u>21/11/19</u> Hora: <u>16:50</u>	Enfermeiro: <u>Thiáv</u>	Circulante: <u>Sinatra</u>
--	--------------------------	----------------------------

COD. 38607

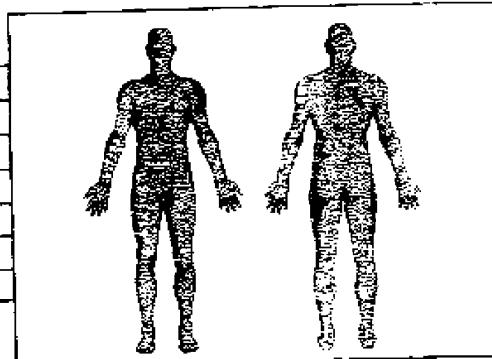


Data: 04/03/19

## CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Celio Coelho do Santos
Data de Nascimento:	22/03/19
Setor:	405
Leito:	NOS-1



SINAIS VITAIS		
PA: 840 x 90	T: 35.8	HGT: 69
Observação:		

ENTREVISTA				
HIPERTENSO:	SIM ( )	NÃO (✓)	MEDICAÇÃO EM USO: _____	
DIABÉTICO:	SIM ( )	NÃO (✓)	MEDICAÇÃO EM USO: _____	
HÁBITOS:	TABAGISTA:	SIM ( )	NÃO (✓)	Há quantos anos: _____
	ETIUSTA:	SIM ( )	NÃO (✓)	Há quantos anos: _____

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

ALERGIA			USO DE SONDAS
SIM ( )	QUAL: _____	NÃO ( )	SNE ( ) SNG ( ) SVD ( ) Outra: _____
OBSERVAÇÃO: _____			
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO			DRENO
SIM ( )	QUAL: Cefalotilina 6/6 hs	NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( ) Qual: _____
OBSERVAÇÃO: _____			
SIM ( )	QUAL: _____	NÃO ( )	Lecal: _____
HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____			

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE					
JEJUM:	SIM (✓)	NÃO ( )	À partir do dia: 04/03/19 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 ( ) Observação: 08:49 NÃO ( )

Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_

(Assinatura: CunhaBar)

COD: 3640



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
MIP Hospitalar  
CNPJ: 09 039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
MIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09 039.744/0008-64

## CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

### FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 122319

Atendimento: 534708

Dr. Cad: 21/11/2019

Nome: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Dr. Nasc: 27/07/1965

Mae: JOSEFA HENRIQUE DOS SANTOS

Bairro: CENTRO

End: RUA SAO BARTOLOMEU

Cidade: ESCADA

Enferm: 406 - 01 - LT TRAUMA

CNS: 701803285346979

Ledo: 715

### 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? *Revisão de fixador*  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *Não/mao*
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Nao*

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 pos-anestésica e pós-operatória desse paciente

*Pelotado de fixador externo n.s.*





**HIMIP**

**TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE**

NOME: YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR REGISTRO: 12319		DATA: 23/01/19	HORA:	DATA NASC: 03/04/1965
SETOR ORIGEM: SETOR DE DESTINO:				
S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: _____ HGT: _____ PA: _____ P脉: _____ Timp: _____ PR: _____ Ondamétrica: _____ Padrão respiratório: ( ) Ar ambiente ( ) Suporte de O2 ( ) CetO2 ( ) NIBZ ( ) OT ( ) Traqueia VM ( ) Traqueia NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____		
B	Base do cenário (médico)	Brave reato da casa: <i>Patinada de fundo m SÉ</i> Antibiótico profilático: ( ) Não ( ) Sim Antibiótico terapêutico: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ Hora: _____ Drogas Vasodilatadoras: ( ) 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: _____ Hipersensibilidades: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: ( ) IPP ( ) Queda ( ) Febre ( ) Outras: _____ Grau de Complexidade: ( ) Crítico ( ) Semi Crítico ( ) Alta dependência ( ) Intermediário ( ) Mínima		
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: ( ) Coletado ( ) Não Coletado Qual: _____ Exames de imagem: ( ) Realizado _____ ( ) Pendente _____ Curettivo: ( ) Não ( ) Sim Local: <i>MSE</i> _____ Isolamento: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____		

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

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



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME:	Edmílio Helder da S. Souza	DATA NASC.:	17.07.1935
REGISTRO:	1122319	DATA:	27.07.1975
SETOR DE ORIGEM:	2NO	HORA:	15:00
		SETOR DE DESTINO:	BP

S	<b>Situação (Enfermagem)</b>	Nível de Consciência: <u>Paciente alerta</u> HGT: <u>69</u> <u>PA: 140x90</u> P脉: _____ Temp: <u>35,8</u> FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Suporte de O2 <input type="checkbox"/> CatO2 <input type="checkbox"/> N82 <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Traqueo VM <input type="checkbox"/> Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	<b>Base do cenário (médico)</b>	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Prognóstico: <input type="checkbox"/> Crônico <input checked="" type="checkbox"/> Não Crônico Nutrição: <input type="checkbox"/> Jejun <input checked="" type="checkbox"/> Dieta _____
A	<b>Análise (Enfermagem)</b>	Dispositivos Invasivos: Cateter central <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim // SVD <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Alergia: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: <input checked="" type="checkbox"/> LPP <input checked="" type="checkbox"/> Queda <input checked="" type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Outros: _____ Grau de Complexidade: <input type="checkbox"/> Crítico <input checked="" type="checkbox"/> Semi Crítico <input type="checkbox"/> Alta dependência <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Mínimo
R	<b>Recomendação (Enfermagem)</b>	Exames Laboratoriais: <input checked="" type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Coletado Qual: _____ Exames de imagem: <input type="checkbox"/> Realizado _____ <input type="checkbox"/> Pendente <u>TAC</u> Curativo: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Local: <u>MSF</u> Isolamento: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico \_\_\_\_\_ Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_ Marcosoline S. França

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

COREN-PE 438.447





Título:	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	Data:	17/04/2019
Responsável pelo procedimento:	Bruna Melo	Responsible pela autorização:	Dr. Antônio Sansônio
Assinatura:		Assinatura:	

## 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, ao recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

Paciente

Responsável

Autorizo o Drº(a) \_\_\_\_\_

credenciado(a)

pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

Tratamento: \_\_\_\_\_

Assistência clínica: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Exame: \_\_\_\_\_

a que serão submetido.

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

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

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

PACIENTE /  RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Gurjelide Maria dos Santos RG: \_\_\_\_\_

Data de Nasc: 28/04/71 Grau de parentesco: Esposa

Cabo de Santo Agostinho, 21 de novembro de 2019

X Gurjelide Maria dos Santos  
Assinatura do paciente/representante legal

### Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, Carlos R. S. de Souza, CRM: \_\_\_\_\_, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referentes 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, 21 de novembro de 2019

Antônio Yves Cordeiro de Mello Júnior  
Assinatura / Carimbó do médico

Rodovia BR 101 Sul ~ KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE CEP: 510-000  
Fone: 3183-0000



**HOSPITAL**

DOM HELENO CÂMARA

**HMIP**  
HOSPITAL

Type de documento:	Número do documento:	Data:
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO</b>	<b>TER-001</b>	17/04/2019
Título:		Versão número:
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>		001
Responsável pelo consentimento:	Assinatura do responsável:	Revisão:
Bruna Helder	Dr. André Sampaio	00

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

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

 Paciente Responsável

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

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

a que serão submetido.

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

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

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

PACIENTE /  RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Gislene 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\_\_\_\_\_

Gislene maria dos santos  
 Assinatura do paciente/representante legal

**Preenchimento Obrigatório Médico**

Eu, \_\_\_\_\_, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestar todas as orientações necessárias e solicitudes 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

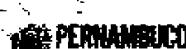
Cabo de Santo Agostinho, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

CRM 13782-TCE/PE  
 Ortopedia - Traumatologia  
 Dr. Leonardo Carneiro

Assinatura / Carimbo do médico

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





Tipo do documento:	TERMO DE CONSENTIMENTO	Data:	27/01/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número:	001
Assinatura:		Data:	
Bárbara Mello		27/01/2019	

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

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

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

Declaro ainda que:

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

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

PACIENTE /  RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Giselle maria dos santos RG: 783-764-734-34  
 Data de nasc.: 29/10/1991 Grau de parentesco: filha

Cabo de Santo Agostinho, 27 de janeiro de 2019

Giselle 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 20 \_\_\_\_\_.  
 \_\_\_\_\_

Assinatura / Carimbo do médico

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





## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA

ADMISSÃO  
DATA: 22/11/19 HORA: 14:00



### HISTÓRICO

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Celio Reverte dos Santos Registro: 192311 Clínica: M.D.  
Enfermaria: URS Letto: 03 Diagnóstico: FUSI ETV E

#### 2. QUEIXAS PRINCIPAIS

S/ queixas

#### 3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais: Ning  Tabagismo  Ecissimo  Cardiopatia  Diabetes  HAS  
 Epilepsia  Depressão  Câncer  Doenças pulmonares  Cirurgias Anteriores Quais: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO

#### 4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL:  Bom  Regular  Grave

#### 5. INTEGRIDADE DA PELE

Normocorado  Hipocorado  Acanótico  Cianótico  Anictérico  Ictérico  Pele fria  Pele úmida  Reações Alérgicas  
 EDEMAS  Face  Pálpebra  MMSS  MMII  Anasarca  
 LESÃO POR PRESSÃO LOCAL  N/A

#### 6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:  Consciente  Inconsciente  Orientado  Desorientado  Torporoso  Sedado  
PUPILAS:  Normais  Isocônicas  Anisocônicas  Estrabismo  Midriase  Miose  Fotorreagente

#### 7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL:  Cooperativo  Choroso  Irritado  Sonolento  Ansiosa  Agitado

#### 8. SINAIS VITAIS

Afebril  Febre T. AXILAR= \_\_\_\_ °C FR= \_\_\_\_ IPM Sat O2= \_\_\_\_  Espneico  Dispneico  Traqueostomia  Intubado  
MURMÚRIOS VESICULARES:  Presentes  Ausentes  Diminuidos RUIDOS ADVENTÍCIOS:  Roncos  Sibilos  Crepitantes FC= \_\_\_\_ bpm  
PA: \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmHg PULSO:  Filiforme  Cheio  Rítmico  Ausente ACESSO VENOSO:  Periférico Local: \_\_\_\_\_  
 Central Local: \_\_\_\_\_

#### 9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA:  VO  ISNG  SNE  GTT ABDOME  Flácido  Tenso  Distendido  Globoso  Doloroso  Plano  
 Asótilo  Gravídico EVACUAÇÃO:  Normal  Constipação  Flatos  Diarréia Nº evacuações: \_\_\_\_ Aspecto:  Normal  Mucoso  
 Líquida  Molena  Odor fétido  Odor característico  ÉMESE Aspecto:  Hematêmase  Com resíduo alimentar

#### 10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE:  Presente Aspecto: \_\_\_\_\_  Ausente  Espontânea  SVD  SVA  Cistostomia  Irrigação  Anúria  
 Disúria  Hematuria  Oligúria  Polaciúria

#### 11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE:  Ativa  Passiva MOVIMENTO CONSERVADO:  Sim  Não FORÇA MOTORA:  Sim  Não  PARESIA Local: \_\_\_\_\_  
 AMPUTAÇÃO Local: N  GEISSO Local: N  TALA GEASSADA Local: M.S.E  
Outros: \_\_\_\_\_

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica MMSS- Membros Superiores MMII- Membros inferiores FR- Frequência respiratória  
FC- Freqüência Cardíaca VO- Via Oral SVD- Sonda vesical de demora SVA- Sonda vesical de alívio  
SNG- Sonda Nasogástrica SNE- Sonda Nasointestinal VAS- Via Aérea Superior GTF- Gastrectomia

Ma. Caroline S. França  
Enfermeira  
COREN-PR 438.491



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARAGESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

## FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

2021-01-19

Paciente		Sexo		Idade		Risco
----------	--	------	--	-------	--	-------

CRM	Nome da Anestesista	Name do Cirurgião
-----	---------------------	-------------------

Motivação Pre-anestésica	Urgência	<input type="checkbox"/> NAO	<input type="checkbox"/> SIM
--------------------------	----------	------------------------------	------------------------------

2021-01-19 12:23:19  
Tat. cirúrgica Frat. esp. do ante-braco esquerdo

Horário		Drogas Usadas	Quantidade
1		Seduxent	50 mg
2		Midazolam	20 mg
3		Troponina	400 mcg
4		Vitamina C	500 mg
5		Diazepam	200 mg
6		Cetipofene	100 mg
7		Midazolam	400 mg
8		Endacetetox	400 mg
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			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			
101			
102			
103			
104			
105			
106			
107			
108			
109			
110			
111			
112			
113			
114			
115			
116			
117			
118			
119			
120			
121			
122			
123			
124			
125			
126			
127			
128			
129			
130			
131			
132			
133			
134			
135			
136			
137			
138			
139			
140			
141			
142			
143			
144			
145			
146			
147			
148			
149			
150			
151			
152			
153			
154			
155			
156			
157			
158			
159			
160			
161			
162			
163			
164			
165			
166			
167			
168			
169			
170			
171			
172			
173			
174			
175			
176			
177			
178			
179			
180			
181			
182			
183			
184			
185			
186			
187			
188			
189			
190			
191			
192			
193			
194			
195			
196			
197			
198			
199			
200			
201			
202			
203			
204			
205			
206			
207			
208			
209			
210			
211			
212			
213			
214			
215			
216			
217			
218			
219			
220			
221			
222			
223			
224			
225			
226			
227			
228			
229			
230			
231			
232			
233			
234			
235			
236			
237			
238			
239			
240			
241			
242			
243			
244			
245			
246			
247			
248			
249			
250			
251			
252			
253			
254			
255			
256			
257			
258			
259			
260			
261			
262			
263			
264			
265			
266			
267			
268			
269			
270			
271			
272			
273			
274			
275			
276			
277			
278			
279			
280			
281			
282			
283			
284			
285			
286			
287			
288			
289			
290			
291			
292			
293			
294			
295			
296			
297			
298			
299			
300			
301			
302			
303			
304			
305			
306			
307			
308			
309			
310			
311			
312			
313			
314			
315			
316			
317			
318			
319			
320			
321			
322			
323			
324			
325			
326			
327			
328			
329			
330			
331			
332			
333			
334			
335			
336			
337			
338			
339			
340			
341			
342			
343			
344			
345			
346			
347			
348			
349			
350			
351			
352			
353			
354			
355			
356			
357			
358			
359			
360			
361			
362			
363			
364			
365			
366			
367			
368			
369			
370			
371			
372			
373			
374			
375			
376			
377			
378			
379			
380			
381			
382			
383			
384			
385			
386			
387			
388			
389			
390			
391			
392			
393			
394			
395			
396			
397			
398			
399			
400			
401			
402			
403			
404			
405			
406			
407			
408			
409			
410			
411			
412			
413			
414			
415			
416			
417			
418			
419			
420			
421			
422			
4			

ESCALA DE BRADEN - Avaliação de Risco para Lesões					Resultado
Descrição	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Ligeiramente Limitado	Nenhuma Limitação	( ) Sem Risco 18-20 pontos
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	( ) Risco 18-20 pontos
ATIVIDADE	Acamado	Confinado a cadeira	Apega Ocasionalmente	Anda Frequentemente	( ) Risco
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Ligeiramente Limitado	Não apresenta Limitações	Moderado 12-17 pontos
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente Inadequado	Adequado	Excelente	( ) Alto Risco
FRICÇÃO CESSALHAMENTO	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/Reposo no leito	Sim	0
	Debilitado	Sim	10
	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20
6	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: Celio Roberto dos Santos Data: 21/11/19 Registro: 022319  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 11:30

## 2. Equipe médicale

Cirurgião: Dr. Hamero 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Dr. Tereza Instrumentador: Karina  
Circulante: Dulcineia

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Espejo	blue + black	blue + black
Coporte	blue + black	blue + black
Lanita	blue + black	blue + black
mm II	blue + black	blue + black
Punto o foco	blue + black	blue + black
Aspirador	blue + black	blue + black
	Chemdry 029 001.001.136 001.001.136 2024/05	DISPOSITIVO BROCA HDX LOTE: 003.001.136 EST: 22/10/2019 VAL: 22/10/2020 PLASMA P.H RESP TECNICO RICARDO LEITE COREN: 342.739
	blue + black	UNIESTER 78939748
	blue + black	DISPOSITIVO BROCA HDX LOTE 003.001.131 EST: 19/11/2019 VAL: 19/11/2020 PLASMA P.H RESP TECNICO RICARDO LEITE COREN: 342.739
	blue + black	UNIESTER 78939967
	blue + black	
	blue + black	
	blue + black	



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	<i>Fábio Roberto dos Santos</i>			DATA: <i>21/11/19</i>			
CIRURGÃO:	Dr. Hamerio	AUXILIAR:	RG: <i>122319</i>				
ANESTESISTA:	Dr. Terezinha	ANESTESIA:	<i>Geral</i>				
CIRURGIA:	<i>Prótese de Coxa</i>						
ESTRUMENTADOR:	<i>Larissa</i>			COORDENAÇÃO DO BLOCO:			
CIRCULANTE:	<i>Edilson Alves</i>			<i>Ricardo</i>			
ENFERMEIRA:	<i>Thamara</i>			HORÁRIO INICIAL: <i>12:25</i>			
				HORÁRIO FINAL:			
Descrição Material Usado em Sala				Descrição Material Usado em Sala			
AGULHAS				DRENOS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
ATADURAS				BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM					
CANULAS				SONDAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	ENTERAL 10	ENTERAL 12		
TRAQUEOST 9,0				ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
CATETER				ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
LIMPADORES				FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
CURATIVOS				NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
ADAPTIC	KERLIK	PURILON	TELA MARLEX	NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
EQUIPOS				URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO	URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
EXTENSORES				FIOS CIRÚRGICOS			
20CM	40CM	60CM	120CM	ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARDIACA
LAMINAS				CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6		SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
LUVAS				NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
SERINGAS				POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
:ML	3ML	5ML	10ML	PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
20ML	60ML	60ML CATETER		VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PI/VIDEO	VICRYL 4-0	CERA PISSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
COLET. ABERIO	COLET. FECHADO	CONEXA 2VIAS	CONEXA 4VIAS	SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
ELÉTRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM	SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6
KIT CIRÚRGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV URINA				
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO				

CÓD: 38407



## GERÊNCIA DE ENFERMAGEM EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome:	Cílio Helder do Santos	Data:	20/11/19	Hora:	12:51	Registro:	22519
Convênio:	SIS	Lito:		Pes:		Altura:	

### 2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião:	DR. JOSÉ	Anestesista:	DR. FREIRES		
Auxiliar:		2º Auxiliar:		Instrumentador:	ARMANDO

### 3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia:	AB. EXPARTA MASC	Inicio:		Término:	
Anestesi:	Geral	Inicio:		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:	molher			

### 5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

### 5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso ( ) Monitor Cardíaco ( ) PNI ( ) Bomba CEC ( ) Aspirador ( )	Colchão Térmico ( ) Biópsia Ultrassônico ( ) Artroscópio ( ) Microscópio ( ) Capnôgrafo ( )
Bisturi Elétrico ( ) Local da Plata ( )	Carro de Anestesia ( ) Disprofusor ( ) Intensificador ( ) N° ( )
Ap. Video ( ) Bomba de Infusão ( )	Oxigênio ( ) Início _____ Término _____
Protetor ( ) Início _____ Término _____	Gás Carbônico ( ) Início _____ Término _____
Outros:	

### 5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cápsula Orotraqueal: Sim ( ) Não ( ) Pompão Venoso: Sim ( ) Não ( )	Sonda Nasal 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:

*Logre para SR sem intercorrências.*

### 7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 21/11/19 Hora: _____ Enfermeira: <i>Fran</i> Circulante: <i>Diego</i>
---

COD. 38807



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)	
ATRACURÍM 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	
CEPALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAKONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOCONFENO 100MG IV		PAPAYERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTASSIO 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 CARDIOPLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATÔ DE MAGNESIO 50% C/10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGUICERÍDEOS CADEIA (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/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			
IPSILON 4G C/20ML			
LÍCOCAINA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LÍCOCAINA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LÍCOCAINA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



Hospital Metropolitano S. Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ. 09.039.744/0008-60

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

## 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

Dt. Cad: 21/11/2019  
Dt. Nasc: 27/07/1965  
Bairro: CENTRO  
Cidade: ESCADA  
CNS:

Leito: 848

### 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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
- Não se aplica

#### Antecipação de eventos críticos:

- Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Reduzir de fratura / Suturo 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?

*Reduzir de fratura / Suturo de lesão Rx*

### 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 frat. exp  
de MSC*



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**

Nome: <u>Elio Roberto dos Santos</u>	Registro: <u>12 2319</u>	Leito:		
Procedimento cirúrgico: <u>Fistula externa msc</u>	Data: <u>24/11/19</u>	Hora:		
<b>DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>		
<b>1. Ansiedade</b> <input checked="" type="checkbox"/>  <b>2. Ventilação prejudicada</b> <input checked="" type="checkbox"/>  <b>3. Padrão de eliminação urinária</b> <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado		<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros		
		<input type="checkbox"/> Manter débito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a técnica de fona eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar hora, nível de sedação da valoração, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros		
		<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 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		
		<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 medicacão		
		<input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros		
<b>4. Dor</b> <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>MSC</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa		<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada _____ / ____ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de débito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de _____ / ____ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo occlusivo por 24h <input type="checkbox"/> Outros		
		<b>5. Integridade tissular prejudicada</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ / ____ mm <input type="checkbox"/> Manter elevado: <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo occlusivo <input type="checkbox"/> Outros
				<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
				<b>6. Sangramento</b> <input type="checkbox"/> Local: <u>MSC</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severo
<b>7. Imobilidade no leito prejudicada</b> <input type="checkbox"/>				

COD. 38605





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



L-01

1. Identificação

Nome: Ollio Robert dos Santos data: 11/11/15 hora: 14:10 Leito da SRPA: 422819  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Ressecção expêndit HSE  
Tipo de anestesia: GA Anestesista: Dr. Fábio  
Equipe: Dr. Henrique

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: 106x77 mmHg FR: 18 p/min FC: 107 p/min SaPO2: 96%  
Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	106x77	110x78	101x79	102x81	111x89	
FR	19	18	17	18	17	
FC	108	100	103	102	100	
SaPO2	98%	98%	98%	99%	98%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

\_\_\_\_\_

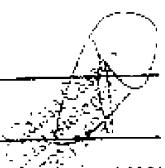
6. Alta da SRPA

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 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 checked="" type="checkbox"/> Taquicardia; <input type="checkbox"/> Palidez cutânea; <input checked="" type="checkbox"/> Pulso irregular; <input checked="" type="checkbox"/> Pele fria; <input checked="" type="checkbox"/> Perda da Consciência Outros	
12. Risco de Infecção ( )	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: VP + PO <input type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações ( <input checked="" type="checkbox"/> dor; <input checked="" type="checkbox"/> calor; <input checked="" type="checkbox"/> rubor; <input checked="" 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) Enfermeira CORDEIRO 345.127	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	 Técnico em Enfermagem CORDEIRO 345.127
--	---	--------------------------	---

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO





Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Celso Roberto dos Santos D.Nasc.: 27/07/65 Registro: 102317

Unidade: Enfermaria: 58 Leito: 01

Diagnóstico: Válvula colunelar E. Data: 21/11/19

Plantão Noturno

Estado Geral:

Sia: VO( ) SNE( ) GTT( ) Dieta zero( )

Arte respiratório: espontânea( ) AVM( ) VNI( ) Cat. 02( ) Venturi( )

Pressão Venosa: Periférico( ) Central( ) Local( ) Data da troca:

Ureia: Sim( ) Não( )

Ureia: Espontânea( ) SVD( ) Outros: --- Evacuação: Presente( ) Ausente( )

Observações:

Transferência( ) Local: Melhorada( ) Óbito( ) Evasão( )

Técnico em Enfermagem: Port. EGR, conciente orientado para a ação.  
SSSE esteve em repouso no leito medindo  
conforme prescrições medicas e que os cuidados  
de enfermagem foram realizados.

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO								
	HGT	FC	PA	SAT O <sup>2</sup> E FR	TEMP	DIETA	NPT	HDT	GANHOS		PERDAS			
									MEDIC	TRANS FUSÃO	DRENAG DUR.	EVAC	HDL	SONDA NASOG
20														
21														
22														
23														
24	145	101	115	98	95	36	40							
01														
02														
03														
04														
05														
06	171	99	131	120	99	36	40							
07														
08														



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOOME:	Pedro Roberto dos Santos	DATA NASC.:	23/10/65
REGISTRO:	122319	DATA:	21/11/49
SETOR DE ORIGEM:	3B P A	HORA:	
		SETOR DE DESTINO:	

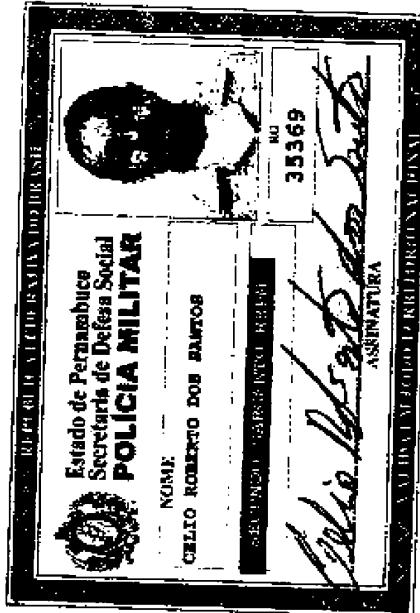
5  Sítução (Enfermagem)	Nível de Consciência: _____ HGT: _____
	PA: _____ P脉: _____ Temp: _____ PR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: ( ) Ar ambiente ( ) Suporte de O2 ( ) CetO2 ( ) NBZ ( ) TOT ( ) Traqueo VM ( ) Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
6  Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: <i>Faciador externo frat exp MSC</i> Antibiótico profilático: ( ) Não ( ) Sim Antibiótico terapêutico: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ Horário: _____
	Drogas Vasoativas: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____
	Prognóstico: ( ) Crônico ( ) Não Crônico
	Nutrição: ( ) Jejum ( ) Dieta _____
	Dispositivos invasivos: Cateter central ( ) Não ( ) Sim // SVD ( ) Não ( ) Sim Alergia: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____
A  Análise (Enfermagem)	Hemoderivados: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____
	Medicação de uso contínuo: _____
	Riscos: ( ) LPP ( ) Queda ( ) Rebita ( ) Outros: _____
	Grau de Complexidade: ( ) Crítico ( ) Semi Crítico ( ) Alta dependência ( ) Intermediário ( ) Mínimo
	Exames Laboratoriais: ( ) Coletado ( ) Não Coletado Qual: _____
R  Recomendação (Enfermagem)	Exames de Imagem: ( ) Realizado _____ ( ) Pendente _____
	Curativo: ( ) Não ( ) Sim Local: <i>MSE</i>
	Isolamento: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____
	Ass. Enfermeiro: _____

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

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



GARANTIA DE QUALIDADE DO TECIDO	
<b>UN - XXXXXXXXXXXXXXXXX</b>	
<b>Nº</b>	<b>MARIA JOSEITA MENESES DOS SANTOS</b>
<b>NASCIMENTO</b>	<b>Ribeirão Preto</b>
<b>DATA DO NASCIMENTO</b>	<b>27/07/1965</b>
<b>NACIONALIDADE</b>	<b>BRASILEIRA</b>
<b>RESIDENCIAL</b>	<b>ESCALADA - PR</b>
<b>TELEFONE</b>	<b>(41) 3088-0221</b>
<b>TIPO DE ENTREGA</b>	<b>SEGURO</b>
<b>CPF</b>	<b>087575130884</b>
<b>CEP</b>	<b>376 885 374-87</b>
<b>LIGAÇÃO DIRETA/EXCLUSIVA</b>	<b>RECICLE-PR 21/09/2017</b>
<b>AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA</b>	<b>44/09/2012</b>
<b>Assinatura do destinatário</b>	
<b>Assinatura da agência de remessa</b>	





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><b>IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA</b></p> <p>Vítima: <u>Adriano Oliveira Sampaio</u> Data do Acidente: _____ Portador da documentação:</p> <p>Qualificação do Portador <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cuja habentação com a vítima é _____ Endereço do portador _____</p> <p>Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: ( ) _____</p> <p>E-mail: _____</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b></p> <p><b>DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Documentário de Pedido do Seguro DPVAT</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples e legível)</p> <p><input type="checkbox"/> Laudo do IML (cópia simples e legível)</p> <p><input type="checkbox"/> Declaração de Autorização de Luta do IMI, presente no Formulário do Pedido do Seguro DPVAT</p> <p><input type="checkbox"/> Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)</p> <p><input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b></p> <p><b>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)</p> <p><input type="checkbox"/> CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)</p> <p><input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)</p> <p>Obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. (máis ou tuto)</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b></p> <p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>Morte = R\$ 13.500,00</p> <p>Valores de Indenizações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invalidade Permanente = até R\$ 13.500,00</li> <li>- Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)</li> </ul> <p>■ O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa</p> <p>■ Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados a seguir, neste formulário</p> <p>* Para acompanhar o prédio de indenização, acesse <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> ou ligue para Centro de Atendimento (para consultas sobre indenizações e preços): Capital e Regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: (46) 3022-1200 / Das 8h às 20h</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><b>PORTEIRO DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA</b></p> <p>Data: <u>18/01/2021</u> Identidade: <u>Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior</u> Assinatura: <u>Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior</u></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA</b></p> <p>Data: <u>18/01/2021</u> Nome: <u>Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior</u> Assinatura: <u>Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior</u></p> </div>



## 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:

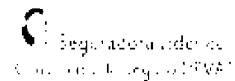
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/11/2019

**Titular do CPF:** CELIO ROBERTO DOS SANTOS

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-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](http://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

---

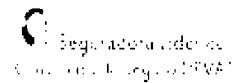
RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010302290300000072333341>  
Número do documento: 21012010302290300000072333341

Num. 73796634 - Pág. 66

## 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/11/2019

Titular do CPF: CELIO ROBERTO DOS SANTOS

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

CELIO ROBERTO DOS SANTOS

---

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010302290300000072333341>  
Número do documento: 21012010302290300000072333341

Num. 73796634 - Pág. 67

**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 CORPORARTE SOLUTIONS SEGUROS S.A, AXA SEGUROS S/A; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; BANESTES SEGUROS S/A; BMG SEGUROS S/A; BRADESCO 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; INVESTMREV SEGURADORA S/A; INVESTMREV 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; JOSELAINA 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

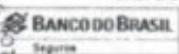
JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA

OAB/SP 111.807





GRUPO SEGURO



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 vigerá até o término do respectivo processo.

São Paulo, 15 de janeiro de 2018.

Carlos Alberto Landim COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL  
Diretor Geral de Planejamento  
e Controladoria

André Fortino  
Diretor Geral  
Banco BB Comercial

BRASILVEICULOS COMPANHIA DE SEGUROS

MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.

MAPFRE VIDA S.A.

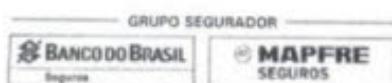
[www.bbmapfre.com.br](http://www.bbmapfre.com.br)

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:23  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101201030235270000007233342>  
Número do documento: 2101201030235270000007233342

Num. 73796635 - Pág. 3



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 FARIA 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](http://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



Página 2 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

**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.

**PRESença:** 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.

**CONVOCACÃO:** 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 n.º 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.

**DELIBERACOES:** 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 cinqüenta e três mil e setecentas e vinte e nove) ações ordinárias nominativas e sem valor nominal, por um preço de emissão de R\$ 2.009,262455 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.



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 1º** - 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 2º** - 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 3º** - 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.

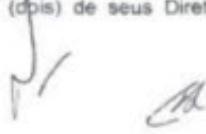
**Artigo 4º** - O prazo de duração da Companhia é indeterminado.

CAPÍTULO II. CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

**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.

**Parágrafo 1º** - As ações poderão ser representadas por cauções 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**

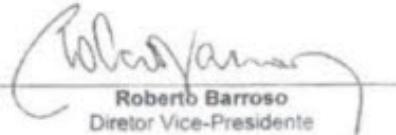
**BOLETIM DE SUBSCRIÇÃO**

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 3530036527-6	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 à emissão de debêntures, 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;



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

**Artigo 7 -** 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 8 -** 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 9 -** 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

- (xxxi) 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;
- (xxxii) examinar sobre a mudança da estrutura organizacional da Companhia, inclusive para criação ou extinção de cargos e funções no nível da Diretoria;
- (xxxiii) 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 118 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;



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 vvaldr seja superior a 3 milhões de reais.



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;
- (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**

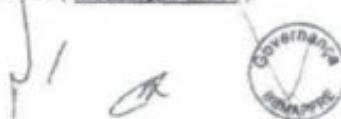
**Artigo 17** - A Companhia terá um Conselho Fiscal não permanente, cabendo à Assembleia Geral da Companhia a decisão por sua instalação.

**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. COMITÉ 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).



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.

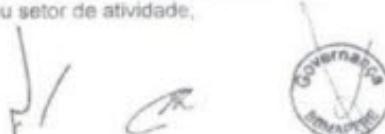
**Artigo 13 -** Além das atribuições previstas na legislação aplicável, compete à Diretoria a prática dos seguintes atos:

- (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;



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.

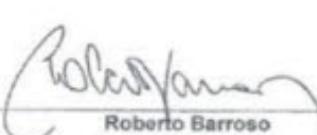
**Parágrafo Único -** A própria Assembleia Geral de Acionistas estabelecerá a forma que se dará a dissolução, nomeando, para tanto, um ou vários liquidantes, cujo número deverá ser, sempre, ímpar.

**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 51.074.175/0001-38 - NIRE 3530004292-1

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

CAPÍTULO VII. ACORDO DE AÇÃOISTAS

**Artigo 20** - O acordo de açãoistas 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 Açãoistas).

**Artigo 21** - Os administradores deverão cumprir e zelar pelo cumprimento dos Acordos de Açãoistas e dos planos de negócios e orçamentos anuais aprovados nos termos do Acordo de Açãoistas 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 açãoista 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 açãoista, 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 açãoistas em Assembleia Geral.







Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/01/2021 10:30:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010302352700000072333342>  
Número do documento: 21012010302352700000072333342

Num. 73796635 - Pág. 18



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



Assinado eletronicamente por: MARIA LUCIANA DA SILVA - 26/01/2021 09:32:31  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012609323128100000072617639>  
Número do documento: 21012609323128100000072617639

Num. 74087804 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: MARIA LUCIANA DA SILVA - 26/01/2021 09:32:31  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012609323176700000072617640>  
Número do documento: 21012609323176700000072617640

Num. 74087805 - Pág. 1

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2º 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. Portanto 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. 2º 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 mesmos 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).

**AGRADO 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 pericia Medica 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 confessos, e demais meios probatórios.

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



**VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES**  
**OAB/PE 18.789**



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 28/01/2021 11:42:28  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811422795700000072757503>  
Número do documento: 21012811422795700000072757503

Num. 74231276 - Pág. 4



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 transscrito 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, 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*

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



Assinado eletronicamente por: MARIA LUCIANA DA SILVA - 16/02/2021 10:40:48  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021610404846300000073781207>  
Número do documento: 21021610404846300000073781207

Num. 75285941 - Pág. 1

Atenciosamente

RECIFE, 16 de fevereiro de 2021.

**MARIA LUCIANA DA SILVA**

**Diretoria Cível do 1º Grau**



Assinado eletronicamente por: MARIA LUCIANA DA SILVA - 16/02/2021 10:40:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021610404846300000073781207>  
Número do documento: 21021610404846300000073781207

Num. 75285941 - Pág. 2

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. S<sup>a</sup> 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.tjepe.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.tjepe.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.tjepe.jus.br](http://www.tjepe.jus.br) – PJe-Processo Judicial Eletrônico – Consulta Documento [  
<https://pje.tjepe.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.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021610404895600000073781208>  
Número do documento: 21021610404895600000073781208

Num. 75285942 - Pág. 1



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 transscrito 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, 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"

RECIFE, 16 de fevereiro de 2021.

**MARIA LUCIANA DA SILVA**  
Diretoria Cível do 1º Grau

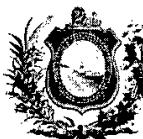


CERTIDÃO: Certifico que, em cumprimento ao expediente retro, INTIMEI por meio eletrônico (WHATSAPP - Fone: 81 9 9217 9906), a CELIO ROBERTO DOS SANTOS; Lendo o mandado em voz alta e de todo o conteúdo acerca da perícia a ser realizada. Posteriormente o mesmo acusou o recebimento do mandado em seu aplicativo 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

55277-996.



## 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

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. S<sup>a</sup> 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 DESCOPERTA, 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.tjepe.jus.br](http://www.tjepe.jus.br) – PJe-Processo Judicial Eletrônico – Consulta Documento [<https://pje.tjepe.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.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **75285942**



21021610404895600000073781208

[imprimir](#)

18/02/2021 10:25



Assinado eletronicamente por: DAVID ALMEIDA DE OLIVEIRA - 03/03/2021 10:32:27

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030310322736600000074674359>

Número do documento: 21030310322736600000074674359

Num. 76204587 - Pág. 2

CIENTE



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 09/03/2021 18:24:04  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030918240444700000075065170>  
Número do documento: 21030918240444700000075065170

Num. 76605983 - Pág. 1

## JUNTADA DE HONORÁRIOS PERICIAIS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2021 14:23:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033014232262200000076272341>  
Número do documento: 21033014232262200000076272341

Num. 77853512 - Pág. 1



**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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2021 14:23:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033014232277300000076272349>  
Número do documento: 21033014232277300000076272349

Num. 77853520 - Pág. 1



## Guia - Ficha de Compensação

Nº DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO		AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
	23/03/2021		0	0
DATA DA GUIA 23/03/2021	Nº DA GUIA 040271700562103178	Nº DO PROCESSO 00794262920208172001		TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL
UF/COMARCA PE	ORGÃO/VARA Vara Cível	DEPOSITANTE RÉU		VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 300,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A		TIPO DE PESSOA Jurídica	CPF / CNPJ 61074175000138	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE CELIO ROBERTO DOS SANTOS		TIPO DE PESSOA FÍSICA	CPF / CNPJ 37688537487	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA AEAA35CD8CBEBA6				
CÓDIGO DE BARRAS 10498.39291 94000.100043 12707.715400 1 85910000030000				



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2021 14:23:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033014232287700000076272350>  
Número do documento: 21033014232287700000076272350

Num. 77853521 - Pág. 1

## RECIBO DO SACADO

<b>CAIXA</b>	<b>104-0</b>	10498.39291 94000.100043 12707.715400 1 8591000030000		
Cedente / Beneficiário <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</b>			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: Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR Sacador/Avalista:				
(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado				
CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP: 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)

<b>CAIXA</b>	<b>104-0</b>	10498.39291 94000.100043 12707.715400 1 8591000030000		
Local de pagamento <b>PREFERENCIALMENTE NA REDE LOTERICA OU NAS AGENCIAS DA CAIXA</b>				
Beneficiário <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</b>				Vencimento 15/04/2021
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 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: Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR Sacador/Avalista:				
(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimentos (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado				
CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04 UF: CEP: CPF/CNPJ:				

Autenticação - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2021 14:23:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033014232297500000076272351>  
 Número do documento: 21033014232297500000076272351

## LAUDO EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS - 05/04/2021 20:31:15  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040520311574900000076515634>  
Número do documento: 21040520311574900000076515634

Num. 78105249 - Pág. 1

## INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nº do Processo: 0079602-08.2020 Vara: 2ª Vara cível da Capital  
Nome Completo: Lurdes Atenaia da Silveira  
CPF: 113.086.424-31

## 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):

Do Antebraço → ferimento de 4x5 cm na mão direita.

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.

Febre alta, tontura e edema envolvendo a mão direita.  
No ferido houve constelação de dor e edema.  
III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação? Medidas preventivas.

- 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.

Digressão e deformidade da mão direita.

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  
Ginecologista  
05/04/2021*



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

*4 dígitos de direita*

- 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:

*5 dígitos nem nequitos*

Data da realização do exame médico legal:

17 de março de 2021.

*Dr. Rodrigo Castro  
Cirurgião da Coluna  
CRM 14.616*

Rodrigo Castro de Medeiros  
Médico Perito  
CRM 14.616/PE

*Thiago Antônio de Souza*



FAVOR DESCONSIDERAR LAUDO ANEXADO ANTERIORMENTE.  
SEGUE LAUDO CORRETO EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS - 05/04/2021 20:39:09  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040520390920600000076515648>  
Número do documento: 21040520390920600000076515648

Num. 78105263 - Pág. 1

## INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nº do Processo: 0079426 - 29.2020 Vara: 2ª Vara cível da Capital  
Nome Completo: Celio Roberto dos Santos  
CPF: 375.855.374-87

## 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):

Pernas rigidas rigidez - folhas rígidas e úmida

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.

Folamento com desordem da fala e fofos. Fofos com tremor

da voz e encurvamento de membros. Ataxia.

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.

Limitações irreversíveis nos braços, folhas e membros inferiores

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).

*Quantificação  
Rodrigo Castro  
05/04/2021*



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 ~~infarto~~ 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 de Medeiros  
Médico Perito  
CRM 14.616/PE

*x Celso Roberto dos Santos*



## IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PERICIAL



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/04/2021 15:15:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21041415153446100000077073282>  
Número do documento: 21041415153446100000077073282

Num. 78683016 - Pág. 1



**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.

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 MELLO JUNIOR - 14/04/2021 15:15:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21041415153463000000077073285>  
Número do documento: 21041415153463000000077073285

Num. 78683019 - Pág. 1

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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/04/2021 15:15:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21041415153463000000077073285>  
Número do documento: 21041415153463000000077073285

Num. 78683019 - Pág. 2



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**



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup>. VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE - PERNAMBUCO.**

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 CONSTESTADOS 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 controvérsias.

Já que fora acostado à peça vestibular o documento descriptivo 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 efeitosdo art. 543-C do Código 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 marzo 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2021 10:53:05  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062910530558500000081417352>  
Número do documento: 21062910530558500000081417352

Num. 83151118 - Pág. 1



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

Processo n.<sup>o</sup> 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2021 10:53:05  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062910530574100000081417353>  
Número do documento: 21062910530574100000081417353

Num. 83151119 - Pág. 1



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**



Assinado eletronicamente por: JULIO CEZAR SANTOS DA SILVA - 12/08/2021 10:59:41  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210594152900000084237955>  
Número do documento: 21081210594152900000084237955

Num. 86050776 - Pág. 1

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 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 N° 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 Sindicato 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.

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 transcrita 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, 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, inocorre 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 N° 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 Sindei 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. 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”

RECIFE, 29 de setembro de 2021.

**ADALBERTO DA SOLEDADE SILVA FILHO**

Diretoria Cível do 1º Grau



ciente



Assinado eletronicamente por: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES - 01/10/2021 11:18:12  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21100111181241800000087856078>  
Número do documento: 21100111181241800000087856078

Num. 89760430 - Pág. 1