

Audiências Email - Reinaldo Filho - Outlook Consulta processos - Processo 0800020-50.2020.8.18.0140 - Pro Controle de documentos

tpi.pje.jus.br/pje/ConsultaProcesso/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=414000&ca=ba2d80cad2be79db4be60f43ca6eae7... Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimentações PJE 1º Publicações

Pje ProOrd 0800020-50.2020.8.18.0140 ALLAN ALVES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO ...

8214307 - CONTESTAÇÃO (2691516 CONTESTACAO 01) Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/02/2020 11:40:49

06 Feb 2020 JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO 8214293 - CONTESTAÇÃO 8214307 - CONTESTAÇÃO (2691516 CONTESTACAO 01) 8214317 - Documentos (2691516 CONTESTACAO Anexo 02) 8214315 - Documentos (Anexo 03 subsitos procuração compressada) 8214313 - Documentos (CARTEA DE PREPOSTOS) 8214316 - Documentos (SUBSTABELECIMENTO)

05 Feb 2020 JUNTADA DE CERTIDÃO 8187500 - Certidão 8187510 - Comprovante (resposta ofício nº 10 2020)

downloadBinario.seam 1 / 11 2691516- CJ/ 2020-00399/ INVALIDEZ JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI Processo: 08000205020208180140 SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PT 11:42 06/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08000205020208180140

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

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 **ALLAN ALVES DA SILVA**, 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 **01/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **28/08/2019**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 28/08/2019 após 2 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 01/06/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descharacteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

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

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 incontrovertido 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, foi apurada a seguinte lesão:

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190537803 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN ALVES DA SILVA Data do acidente: 01/06/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE JOELHO E PÉ ESQUERDOS

Descrição do exame PACIENTE APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO E EM FACE DORSAL DO PÉ
físico: ESQUERDO; EDEMA +/4+ EM JOELHO ESQUERDO, COM ADM EM EXTENSÃO DE 05° E EM FLEXÃO DE 85°; ADM DE TORNозELO ESQUERDO: EXTENSÃO 25°; FLEXÃO 35°

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE JOELHO E DE PÉ ESQUERDOS E EVOLUIT COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E TORNозELO ESQUERDOS

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o dano funcional descrito foi projetado no membro inferior (consenso)
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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 **01/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLAN ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000108855-7

Nr. da Autenticação 328A0E1829DD872E

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

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.

⁵ **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.”

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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 demais 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

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.

⁶"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentado pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸art. 1º. (...)

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

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).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelênciia assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar 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;
- 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.

Por fim, 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 **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 31 de janeiro de 2020.

**EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI**

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
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 esfíncteriano; (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	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALLAN ALVES DA SILVA**, em curso perante a **8ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08000205020208180140.

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS,
TECNOLOGIA E INovaçõEs
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRa NACIONAL DE HABILITACaO

NOME:
ALLAN ALVES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF:
3322202 SSB PI

DATA NASCIMENTO:
17/02/1996

CPF:
059.980.073-95

PESO:

GONÇALO ALVES DE

OLIVEIRA FILHO

MARIA DE JESUS SILVA

ALVES

PERMISsO

ACC

CATrAM

AB

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1747574483

PERMESSO

VALIDADE:

17/01/2022

PRATICATaO:

26/10/2017

PROIBIDO PLASTIFICAR

1747574483

Allan Alves da Silva

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL:

TERESINA - PI

DATA DE EMISSAO:

26/10/2018

09050066738

F1320686185

PIAUÍ

CONTRAP

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES	
PILIAÇÃO		
CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE	DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971	
NATURALIDADE		
CRATEUS-CE		
DOC. ORIGEM		
CERT. NASC. 529 L 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78	Pedro Gomes da Moraes Porto Carrasco	
TERESINA - PI		
840.173.173-91	ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83		



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190537803**

Nome do(a) Examinado(a): **ALLAN ALVES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV MIRTES MELAO, 7036 - Teresina - PI - CEP 64000-235

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3322202**

Data e local do acidente: [**01/06/2019**]

AVENIDA ZEQUINHA FREIRE, PIÇARREIRA, TERESINA/PI

Data e local do exame: [**08/10/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DE JOELHO E PÉ ESQUERDOS

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PACIENTE APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO E EM FACE DORSAL DO PÉ ESQUERDO; EDEMA +/4+ EM JOELHO ESQUERDO, COM ADM EM EXTENSÃO DE 05º E EM FLEXÃO DE 85º; ADM DE TORNOZELO ESQUERDO: EXTENSÃO 20º; FLEXÃO 30º

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE JOELHO E DE PÉ ESQUERDOS E EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E TORNозELO ESQUERDOS

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E TORNозELO ESQUERDOS

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323090/19

Vítima: ALLAN ALVES DA SILVA

CPF: 059.980.073-95

Data do acidente: 01/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALLAN ALVES DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALLAN ALVES DA SILVA : 059.980.073-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF:

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190537803 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 01/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE JOELHO E PÉ ESQUERDOS

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO E EM FACE DORSAL DO PÉ ESQUERDO; EDEMA +/4+ EM JOELHO ESQUERDO, COM ADM EM EXTENSÃO DE 05° E EM FLEXÃO DE 850°; ADM DE TORNозELO ESQUERDO: EXTENSÃO 250°; FLEXÃO 350°

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE JOELHO E DE PÉ ESQUERDOS E EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E TORNозELO ESQUERDOS

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o dano funcional descrito foi projetado no membro inferior (consenso)
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190537803 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN ALVES DA SILVA Data do acidente: 01/06/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - OTORRAGIA À ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DE JOELHO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PÉ (OSTEOSSÍNTESE + TENORRAFIA), DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA. P 6/7/10/12/19/20

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190537803 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN ALVES DA SILVA Data do acidente: 01/06/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - OTORRAGIA À ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DE JOELHO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PÉ (OSTEOSSÍNTESE + TENORRAFIA), DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA. P 6/7/10/12/19/20

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DAOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Allan Alves Da Silva	RG: 3322202	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 26/10/18
CPF: 059.980.039-90	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Autônomo	Nº: 7036
ENDEREÇO: Av. Muitos Meios	COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: Guaporé	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64000-095	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Rose Soares naqueles	RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Recuso	Nº: 544
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro	BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI
			CEP: 64000-020

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Allan Alves da Silva

Data do acidente de trânsito: 31/05/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: 28. Agosto de 2019 - Teresina Piauí

x Allan Alves da Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO))

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ALLAN ALVES DA SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 28/08/2019.
Emol. 13, 85 TJ:0,77 FONAP/PI:0,10 Sel.01/26 Total:4,98 - OP:314
www.tjpi.jus.br/portaleletronico.
PROCURAÇÃO PARTICULAR

AVIÃO/VEÍCULO
CONSULTE O SELL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 Set. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 0
Centro - Norte CEP: 64.002-470

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Celso
Transpôde
Santos
e outros

Luisa Negreiros - 200 - Centro - CEP 6400-200 - Teresina P. F. - Piauí - Brasil - 000-000-0000-0000-0000

Telular: (86) 322-0000 - Telefax: (86) 322-0000 - E-mail: celso@terra.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTRO,
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 Set. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323090/19

Vítima: ALLAN ALVES DA SILVA

CPF: 059.980.073-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/06/2019

Titular do CPF: ALLAN ALVES DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALLAN ALVES DA SILVA : 059.980.073-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

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

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190537803 **Vítima: ALLAN ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: 01/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALLAN ALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190537803

Vítima: ALLAN ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 01/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALLAN ALVES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190537803 Vítima: ALLAN ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 01/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALLAN ALVES DA SILVA

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 inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: $17.50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 2.362,50

Recebedor: **ALLAN ALVES DA SILVA**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 855

Conta: 00000108855-7

Tipos de Conta:

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190537803 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 01/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE JOELHO E PÉ ESQUERDOS

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO E EM FACE DORSAL DO PÉ ESQUERDO; EDEMA +/4+ EM JOELHO ESQUERDO, COM ADM EM EXTENSÃO DE 05° E EM FLEXÃO DE 850°; ADM DE TORNозELO ESQUERDO: EXTENSÃO 250°; FLEXÃO 350°

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE JOELHO E DE PÉ ESQUERDOS E EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E TORNозELO ESQUERDOS

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o dano funcional descrito foi projetado no membro inferior (consenso)
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

059.980.073-95

4 - Nome completo da vítima:

Allan Alves da Silva

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

5 - Nome completo:

Allan Alves da Silva

6 - CPF:

059.980.073-95

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

R. Mirtes Melo

9 - Número:

7036

10 - Complemento:

base

11 - Bairro:

Guape

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64 000 - 095

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 108855 7

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as cintas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 37, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconcorra com seu entendimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:

Vivos

Falecidos

30 - Vítima deixou nascituro (valnascor):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos

Sim

Não

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Allan

18 SET. 2019

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

Assinatura da testemunha

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 29/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003302/2019-16

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 28/08/2019 - 13:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

544775

Data/Hora

31/05/2019 - 06:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

ADITAMENTO DATA

Município

TERESINA

Bairro

COLLETA →

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, N°:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALLAN ALVES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3322202

Mãe: MARIA DE JESUS SILVA ALVES

Endereço: RUA SERRA DOURADA, N° 5433

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9823-3594

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 TITAN,ANO 2003, PLACA LVT-6173, PROPRIETÁRIO JOSE RIBAMAR MENDES FILHO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA ZEQUINHA FREIRE, QUANDO ESTAVA FAZENDO O BALÃO PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO E CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUARIO 100639. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Allan Alves da Silva

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL

ALLAN ALVES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Reiko Leal Parábo
Delegado de Polícia Civil-PI
Mat.: 106.37117



AVERBAÇÃO B.O. 3302/2019-16

AVERBA-SE ESTE B.O. PARA INFORMAR QUE A DATA DO ACIDENTE
FOI NO DIA 01/06/2019 ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

Teresina, 16/09/2019



Allan Alves da Silva

ALLAN ALVES DA SILVA

Averbante

ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS

Ag. de polícia Especial

Almiralice R. Lebre Carlos
Ag. de polícia Especial



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

059.980.073-95

4 - Nome completo da vítima:

Allan Alves da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Allan Alves da Silva

6 - CPF:

059.980.073-95

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Mirtes Melo

9 - Número:

7036

10 - Complemento:

Base

11 - Bairro:

Guanambi

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64000-095

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 995.34-6563

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 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 POUPANÇA (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: 0855

CONTA: 108855 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Alvaro

18 SET. 2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 29/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **01/06/2019** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Allan Alves da Silva** vítima de acidente de trânsito, tendo sido removido para o Hospital de Urgência -HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe registrou a data do acidente do mesmo em **31/05/2019** de ao invés de **01/06/2019**

Teresina, 13 de Setembro de 2019.



Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa
SAMU

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
18 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Rua Coronel Luis Ferraz, 3390. Bairro Macaúba.
Teresina-PI. CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880



samuteresina@hotmail.com



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>(CD) 30</i>	02 Data do chamado <i>31/05/19</i>	03 PRO (código) <i>2905</i>	04 Saída do PA <i>06:55 H</i>	05 Chegada ao local <i>07:08 H</i>		
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>07:15 H</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>07:35 H</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Av. Zéquinha Freire</i>	11 Bairro <i>Picanneira</i>	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência <i>Comercial Carvalho</i>						
	14 Nome <i>Allan Alves da Silva.</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado					
	16 Idade <i>13 anos</i>	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <i>Acidente de transporte</i>	01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espancamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Quimadura 10-Choque elétrico	18-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros		
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	21 Outra parte envolvida <i>Poste</i>	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança			
Exame Físico	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. Sat02	<i>93</i>	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	<i>130 X 70</i>	<i>99</i>	<i>1</i>	
	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	27 Pulso Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Sangramento 1-Sim 2-Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 <i>0</i> Sem Dor <i>3</i> Moderada <i>7</i> Intensa	30 Fratura 1-Sim 2-Não 3-Suspeito	<input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não)	Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b)	CONFERE COM O ORIGINAL <i>Marília Veloso Cantanhede</i>	
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>					<input type="checkbox"/> Não Removido	
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim 2-Não				
Observações Interdisciplinar	<i>Cliente sofreu queda de moto ao colidir com poste, apresentando sangramento na região do ouvido () + suspeita de fratura nos pododactílios. Escoriações leves. Relata náuseas. Agitado. Não cooperativo</i>						
					DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		
					CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
	Responsável pela recepção <i>W</i>	Socorristas Médico AE/TE	<i>ludentia</i>		Enfermeiro Conduz	<i>Enfermeiro</i> <i>Erasmia SET. 2019</i>	

Não é de novo
Arrugo geral - ox
Ortopedia

Imp: 01/06/2019 07:56:24
 (User: EDUARDO SALMITO)
 (Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALLAN ALVES DA SILVA		Prontuário: 100639
Mãe: MARIA DE JESUS SILVA ALVES	Pai: GONÇALO ALVES DE OLIVEIRA FILHO	
End. Resid.: RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/02/1996	Idade: 23a3m12d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9444-1705
Responsável: RAYARA		CNS:
Profissão: ESTUDANTE		Documento: RG: 3322202 - SSPI
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idigo: 724406	Entrada: 01/06/2019 07:31:15	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA APOS COLIDIR COM POSTE EVOLUINDO COM OTORRAGIA A ESQUERDA + FRATURA EXPOSTA EM JOELHO E PÉ ESQUERDO, AGITAÇÃO E NÁUSEAS PA:130 X 70 SAT 99		JOSENEIDE BARBOSA DE SOUSA COREN 286102 Em: 01/06/2019 07:35:45

SSVV: (Hora: 07 : 27)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
-----------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3H, SEM CAPACETE, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA, DESMAIU, TEVE PISODIOS DE OTORRAGIA ESQUERDA A) VIAS AEREAS PERTURBADAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. SAT 02: 99 ; FR: C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. BNF, RR, 2T SS PA: 160/110 ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE ESTÁVEL. PULSO: 66 BPM D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII E) ESCORIAÇÕES EM TORAX E ABDOMEN, JOELHO E PÉ ESQUERDO					
RAIO-X REALIZADO DATA: 01/06/2019 Técnico: <i>LL</i>					

Diagnóstico Inicial:	DATA: 01/06/2019	Técnico: <i>LL</i>
----------------------	------------------	--------------------

Exames Complementares: (1230275) - T.C. DE CRANIO (1230276) - T.C. DE TORAX (1230277) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR	RAIO-X REALIZADO DATA: 01/06/2019
--	--------------------------------------

Prescrição Médica:	01-06-19 Técnico: <i>LL</i>
Motivo da Alta/Encerramento:	18 SET. 2019
Observação (Adulto)	DATA: / / HORA: / /

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES
 6339 PI Em: 01/06/2019 07:56:23

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norto CEP: 64.002-470

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLAN ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000108855-7

Nr. da Autenticação 328A0E1829DD872E

COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 08.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizada pela SEFAZ/06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO! >

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 022277883

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	31/05/2019	204	208,77

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20350	Atual:
Anterior:	20146	Anterior:
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	204	Emissão:
Consumo Returado:	204	Apresentação:
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Pnt.
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	197

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 204 A R\$ 0,927497 = 189,20
ABR/19 178	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO3IP) 15,26
MAR/19 243	CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00 0,68
FEV/19 297	MULTA POR ATRASO 04/19-00 3,07
JAN/19 365	JUROS POR ATRASO 04/19-00 0,56
DEZ/18 57	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,67
NOV/18 0	
OUT/18 96	
SET/18 299	
AGO/18 232	
JUL/18 184	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 204 - 0,623005	

SÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/05/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar suas dívidas de forma fácil e segura em dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, através do cartão por meio das nossas casas de atendimento.

RESERVADO AO FISCO AF9D.F96B.8DF2.4880.7CDC.0F44.7C2F.788D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	37,21	Base de Cálculo:	189,20
Energia:	71,90	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,16	Valor do ICMS:	51,08
Encargos:	5,95	Valor do PIS:	1,40% 1,94
Tributos:	61,98	Valor do COFINS:	6,49% 8,96

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC	FIC	DMIC	DICRI			
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjunto	TERESINA-MACAUBA			Período de apuração:	03/2019	BX00:	84,77

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO 0051869-7 TOTAL A PAGAR - R\$ 208,77

MÊS FATURADO 05/2019 VENCIMENTO 31/05/2019

Nº da Nota Fiscal: 022277883 FCAM

equatorial
ENERGIA
cepsa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 08.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEQ.: 00345 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/05/2019 T.ENTR.: 09

LEITURA: 20350 NORMAL TOTAL: 208,77 CARGA: 010
DT.VENC.: 31/05/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Menezes inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Allan Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.980.073-95, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Allan Alves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.980.073-95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(186) 99534-6565

Teresina, 29 de Agosto de 2019
Local e Data

Nelle Rose Soares Menezes
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Ribamar Mendes Filho

RG nº 1304320, data de expedição 26/07/16,

Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 451.169.623-34

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piúni, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Heli Vilela Branco, nº 1647,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Allan Silveira da Silva, cujo o condutor era

Allan Silveira da Silva.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 Titan ES Ano: 2003

Placa: LVT 6173 Chassi: 4C2JG30203R134076

Data do Acidente: 31/05/19

Local e Data: Teresina - Piúni, 28 de agosto 2019

X José Ribamar Mendes Filho

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Av. Lázaro Nogueira, 1021 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 321-1155 - E-mail: recepcao@teresina.tj.pi.gov.br

Site: www.teresina.tj.pi.gov.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE RIBAMAR MENDES FILHO. D.O.U. F.E. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 28/08/2019.
www.tjpi.jus.br/portalextra

Jessica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emai: 3.85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Sel: 0,26 Total: 4,98 - OP: 314
DECL DO PROPRIETÁRIO DO VÉHICULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

CONSULTE O SELO

DICITAI

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jessica Aline de Meneses Silva
Escrivente Autorizada
Teresina - PI



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>Cód: 30</i>	02 Data do chamado <i>31/05/19</i>	03 PRO (código) <i>2905</i>	04 Saída do PA <i>06:55 H</i>	05 Chegada ao local <i>07:08 H</i>		
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>07:15 H</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>07:35 H</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Av. Zéquinha Freire</i>	11 Bairro <i>Picanneira</i>	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência <i>Comercial Carvalho</i>						
Dados do Paciente	14 Nome <i>Allan Alves da Silva.</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado					
	16 Idade <i>13 anos</i>	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <i>Poste</i>			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <i>Acidente de transporte</i>	01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espâncamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Choque elétrico	18-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros		
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-Pedestre 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança			
Exame Físico	23 Glasgow = <i>5</i>	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. Sat02	<i>95</i>	25 Local da lesão <i>Poste</i>
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	<i>70</i>	<i>99</i>	<i>99</i>	
	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	27 Pulso Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Sangramento 1-Sim 2-Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1-Sim 2-Não 3-Suspeito		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não)	Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b)	CONFERE COM O ORIGINAL <i>Marília Veloso Cantanhede</i> Gerente Administrativa SAMU c)	
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>					<input type="checkbox"/> Não Removido	
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim 2-Não				
Observações Interdisciplinar	<i>Cliente sofreu queda de moto ao colidir com poste, apresentando sangramento na região do ouvido () + suspeita de fratura nos pododactílios. Escoriações leves. Relata náuseas. Agitado. Não cooperativo</i>						
					DEPARTAMENTO DE SINISTROS DEVAT		
	Responsável pela recepção <i>WAN</i>	Socorristas Médico AEITE	Enfermeiro Conduzir <i>Hudentua</i>	CONTÉNUDO NÃO VERIFICADO			
Versão:27.11.2011					GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Piauí		

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **01/06/2019** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Allan Alves da Silva** vítima de acidente de trânsito, tendo sido removido para o Hospital de Urgência -HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe registrou a data do acidente do mesmo em **31/05/2019** de ao invés de **01/06/2019**

Teresina, 13 de Setembro de 2019.


Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa
SAMU

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
18 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





NOME DO PACIENTE: Allan Alves da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 100639

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
18 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

~~Nascimento~~ / ~~Nome~~ / ~~Sexo~~
 Anamnese Geral - OR
 Ortopedia

Imp: 01/06/2019 07:56:24
 (User: EDUARDO SALMITO)
 (Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALLAN ALVES DA SILVA		Prontuário: 100639
Mãe: MARIA DE JESUS SILVA ALVES	Pai: GONÇALO ALVES DE OLIVEIRA FILHO	
End. Resid.: RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/02/1996	Idade: 23a3m12d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9444-1705
Responsável: RAYARA	CNS:	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: RG: 3322202 - SSPI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idige: 724406	Entrada: 01/06/2019 07:31:15	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA APOS COLIDIR COM POSTE EVOLUINDO COM OTORRAGIA A ESQUERDA + FRATURA EXPOSTA EM JOELHO E PÉ ESQUERDO, AGITAÇÃO E NÁUSEAS PA:130 X 70 SAT 99		
 JOSENEIDE BARBOSA DE SOUSA COREN 286102 Em: 01/06/2019 07:35:45		

SSVV: (Hora: 07:57)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m²	P脉: bpm	Pressão: mmHg
-----------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------------------	----------------	----------------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3H, SEM CAPACETE, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA, DESMAIU, TEVE PISODIOS DE OTORRAGIA ESQUERDA A) VIAS AEREAS PERTURBADAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. SAT 02: 99 ; FR: C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. BNF, RR, 2T SS PA: 160/110 ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE ESTÁVEL. PULSO: 66 BPM D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII E) ESCORIAÇÕES EM TORAX E ABDOMEN, JOELHO E PÉ ESQUERDO					
RAIO-X REALIZADO DATA: 01/06/2019 Técnico: JULIO					

Diagnóstico Inicial:	DATA: 01/06/2019	TIPO: RAIO-X
----------------------	-------------------------	---------------------

Exames Complementares:	RAIO-X REALIZADO
(1230275) - T.C. DE CRANIO	DATA: 01/06/2019
(1230276) - T.C. DE TORAX	Técnico: JULIO
(1230277) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

Prescrição Médica:	CONTEUDO NÃO VERIFICADO
--------------------	-------------------------

Motivo da Alta/Encerramento:	18 SET. 2019
Observação (Adulto)	DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470
------------------------------------	--

Nervos

TC de couro com lesões nervosas
de urgência. Sem Fraturas em Nervos

Sem conduta nervosa

TC couro sem fraturas

Sem conduta n/c

Adenome

Dr. L. M. G. M. M. M.
Neurocirurgia
CRM-PI 1671

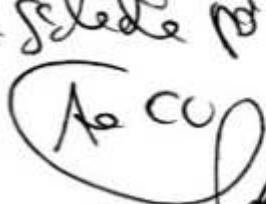
Cir. geral 01/06/19 às 09:00

Condutor de moto. Consciente, instável hemodinamicamente.
Abd: Flácido, indolor e polpoço profundo, sem peritonite.
Faringe AP + bilateramente sem RA.
CD: Sem conduta pelo cir. geral

Dr. Camila Boelho
MÉDICA
CRM-PI 7212

ORTOPÓDEA

Painel conjunta ilustrada
de Sleder P



Dr. Fá. da Cunha B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	240231

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ALLAN ALVES DA SILVA	6 - Prontuário: 100639
7-CNS:	8-Nascimento: 17/02/1996
-Mae: MARIA DE JESUS SILVA ALVES	9-Sexo: Masculino
-Resp: RAYARA	RG: 3322202- SSPI-Exp:
15-Ender: RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - CEP: 64000-010	12-Fone: 86- 9444-1705
16-Munic: TERESINA	14-Fone: 86- 9444-1705
	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd. Anterior 0408050470	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS PODODACTILOS
21-Cod. Mudança Proced. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO
22-CTD Prin: 26-Diagnóstico: ?	27-CID Sec.: 28-CID C.Ass.: 29-CID C.Ass.:

38-Profissional Responsável: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA	40-Tp. Documento: CPF
-Data Solicitação: 01/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 877.154.063-68
	41-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em joelho e pé E, realizado tto cirúrgica: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS PODODACTILOS 0408050470 S925 + TENOMIORRÁFIA 0408060450 S961

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <i>01/07/19</i>	52-CNS/CPF: <i>Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Automação DSCAH/MS 01.162-CPF 10.501.057-3 celso.piresferreira@ms.gov.br</i>
		DEPARTAMENTO DE REGISTROS DPVAT (ANA Q. MEIROTI) CONTEUDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	ALLAN ALVES DA SILVA		17/02/1996	100639	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL	
3322202	8604441705	MARIA DE JESUS SILVA ALVES		RAYARA	
CEP	ENDERECO (LOGRADOURO)			NUMERO / LOTE	
64000010	RUA SERRA DOURADA			5433	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
VALE QUEM TEM			TERESINA		PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Descrição do procedimento principal	Cód. procedimento principal
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Descrição do procedimento solicitado - ANTERIOR	Código		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	0408050470		
Descrição do procedimento solicitado - MUDANÇA	Código		
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em joelho e pé E, realizado no cirúrgico: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTÂNEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS 0408050470 S925 + TENOMIORRÁFIA 0408060450 S961

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA	
CNS SOLICITANTE 98001628387021	DATA SOLICITAÇÃO 18/06/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIA	
CNS AUTORIZADOR 980016001406516	ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO 18/06/2019 14:57:44



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 210849

AIH: 2219100381234

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	ALLAN ALVES DA SILVA		17/02/1996	M	100639
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL	
3322202	8694441705	MARIA DE JESUS SILVA ALVES		RAYARA	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO				NUMERO / LOTE
64000010	RUA SERRA DOURADA				5433
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
VALE QUEM TEM			TERESINA		PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE PÉ

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S925 - FRATURA DE OUTRO ARTELHO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

6408050470 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA
CPF: 87715406368

CRM:

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO
URGÊNCIA	01/06/2019
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA

01/06/2019 07:31

02/06/2019 07:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acidente de Trânsito							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO CONSOBRE AValiação / DPVAT	DATA ANÁLISE
JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37320641500 CRM:	DATA ANÁLISE: 01/06/2019 14:36:06	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	18 SET. 2019

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

10/08/2019

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Síndrome de choque e infarto agudo do miocárdio

Operação - Tipo

Resuscitação cardiorrespiratória

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Jean

Anestesista

nestésico(a)

Anestesia

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0413030478 - T009

0408050470 - S925

b70

0408060450 - S961

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Abertura abdominal regular

Apresente

Cirurgante

Abertura abdominal regular

tempo ideal de abertura

tempo ideal de abertura

tempo ideal de abertura

abertura ideal de abertura

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01.06.2019

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OPERATÓRIO	
NOME DO PACIENTE:	PRONTUÁRIO N°:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Wilson dos Reis da Silva Salas: OS Alergia: — Data: 03/10/19

Procedimento: TTO cirurgico Fx uniste Cirurgião: Chego Observações:

nº E
Agenias

Unid

15 30 45 15 30 45 15 30 45

1	ketamina	ug	02
2	midazolam	ug	25
3	etomidato mg		10
4	veparacetamol mg		50
5	metoclopramida mg		04
6	diazepam ug		02
7	propofol mg		20
8			
9			
10			
11			
12			
13			

Oxigênio

02L

AR/N2O

Volatile

%

Acesso Vascular

Periférico _____
Cat. Venoso nº ___ G

- Dificuldade aces. venoso
- Gastos ___ cateteres
- Central _____

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº _____
- LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianesthesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decubito: DOR/AL

SPO2 (%)

ETCO2 (mmHg)

EKG

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

94 94 94

RJ RJ RJ

SF RL

500 500

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 455 Centro C

Centro Norte - 650012470

Anestesiologista

CRM-PI 3817

Descrição da Anestesia: 1) Adm. mt 2, midazolam, 3) Revisão de unidade a mSE 706 4) Preenchimento: - mt intuba; - venoso intubação; - venoso L4/L5 metoclopramida 5) Etile 26 g - L6/L7 metoclopramida; - intuba via veno - venoso intubação 0,5% 10 mg + morfina 80mg 5,02 ml totais 6) Midazolam 100 mg

Anestesiologista



JDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSP. - DE URG. CIA DE

PREScrição MÉDICA



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE
URGÊNCIA DE TERESINA -
HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PREScrição MÉDICA	Ortopédica	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
		<i>João Vitor Schlosser</i>				
1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO 2 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/MIN 3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H 4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H 5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H 6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H 7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN = 8 CURATIVO 9 CCGG + SSVV						
CRM-PB 01313170 Traumatologista 2020 B. Souza B. Souza						
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 SET 2010 GENTE SEGURODORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro - Norte CEP: 64002470						

NOME:

PRONTUÁRIO:

IDADE:

ENFERMARIA/LEITO:

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS () ALTA DEPENDÊNCIA

SINAIS VITais								ENTRADAS			SAíDAS		
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURNE	EVAC.	DRENO	
12													
18													
24	66												
06													

PONTOS	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"

ESCALA DE BRADEN:

* PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totalmente 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma 1-Completamente/ 2-Muito/ 3-Occasionalmente/ 4-Garantido	ALTO RISCO AR: <12	PONTOS: 1	CONTROLE: SEM RISCO BR: 6-24
* UNIDADE (Impulso): 1-Aumento/ 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma 1-Totalmente/ 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma 1-Totalmente/ 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma	MÉDIO RISCO MR: 12 à 14	PONTOS: 2	CONTROLE: BAIXO RISCO BR: > 14
* ATIVIDADE (Limitação): 1-Aumento/ 2-Cadeira rodas/ 3-Andar/Outros limitados/ 4-Nenhuma 1-Totalmente/ 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma	MÉDIO RISCO MR: 12 à 14	PONTOS: 2	CONTROLE: CLARIFICAÇÃO
* MOBILIDADE (Limitação): 1-Totalmente/ 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma 1-Totalmente/ 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma	BAIXO RISCO BR: > 14	PONTOS: 3	CONTROLE: CLARIFICAÇÃO
* NUTRIÇÃO: 1-Muito pobre/ 2-Inadequada/ 3-Adequada/ 4-Excelente 1-Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhuma/Problema	CLARIFICAÇÃO	PONTOS: 3	CONTROLE: CLARIFICAÇÃO
TOTAL: 24	GEN: 2	DEP: CONDUZIDA	CONTROLE: SEM RISCO BR: 6-24

ESCALA DE NORSE - RISCO DE Queda:

1. HISTÓRICO DE QUEDAS: 0 = NUNCA / 1 = 1-2 Quedas / 2 = 3-5 Quedas / 3 = MAIS DE 5 Quedas	2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: 0 = NÃO / 1 = SIM	3. ALTA DE NEDERLADURAÇÃO: 0 = NUNCA / 1 = 1-2 Quedas / 2 = 3-5 Quedas / 3 = MAIS DE 5 Quedas	4. SINISTROS: 0 = NUNCA / 1 = 1-2 Quedas / 2 = 3-5 Quedas / 3 = MAIS DE 5 Quedas
5. MARCA: 0 = NUNCA / 1 = 1-2 Quedas / 2 = 3-5 Quedas / 3 = MAIS DE 5 Quedas	6. ESTADO MENTAL: 0 = NUNCA / 1 = 1-2 Quedas / 2 = 3-5 Quedas / 3 = MAIS DE 5 Quedas	7. ALTO RISCO AR: > 61	CONTROLE: CLARIFICAÇÃO
8. SISTEMA INAPERTURADO / Envolvimento em Quedas / 1 = Sim / 0 = Não	9. SISTEMA INAPERTURADO / Envolvimento em Quedas / 1 = Sim / 0 = Não	10. SISTEMA INAPERTURADO / Envolvimento em Quedas / 1 = Sim / 0 = Não	CONTROLE: CLARIFICAÇÃO
11. SISTEMA INAPERTURADO / Envolvimento em Quedas / 1 = Sim / 0 = Não	12. SISTEMA INAPERTURADO / Envolvimento em Quedas / 1 = Sim / 0 = Não	13. SISTEMA INAPERTURADO / Envolvimento em Quedas / 1 = Sim / 0 = Não	CONTROLE: CLARIFICAÇÃO
14. SISTEMA INAPERTURADO / Envolvimento em Quedas / 1 = Sim / 0 = Não	15. SISTEMA INAPERTURADO / Envolvimento em Quedas / 1 = Sim / 0 = Não	16. SISTEMA INAPERTURADO / Envolvimento em Quedas / 1 = Sim / 0 = Não	CONTROLE: CLARIFICAÇÃO

TOTAL:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS - OPERATORIO - SRPA

NOME Allan Allys da Silva

IDADE anos

DATA 01/06/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Fratura pe' (5)

CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO			
	ADMISSÃO			SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	118 x 69			119 x 67
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	70			69
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%			100%
TEMPERATURA AXILAR (0°C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				
NOME/ MATRÍCULA	lacau			

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE ISCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CULADAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ESCALA DE DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() IDVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASEG() NASOEG
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

OCUPAÇÃO DE ENFERMAGEM:

15:30h Admitido na PPA no 1º dia de fratura pe' (5). Sob efeito de raqueana tóxica. Lúcido. Respirando espontaneamente. Bom estado geral.

Karen Cheys 19990

16:00 Paciente se queixa. Morte na



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ANESTESIOLOGISTA

Teny cinto ok!

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALLAN ALVES DA SILVA** (Prontuário: 100639)
Endereço: RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/02/1996 Idade: 23a3m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406
Requisição: 960708 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1230276 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 01/06/2019

T.C. DE TORAX

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO

- PARÊNQUIMA PULMONAR COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
 - TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
 - AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
 - NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
 - ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
 - AR CABOUCO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX NORMAL

JOÃO ANTONIO

TERESINA - PI 01/06/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALLAN ALVES DA SILVA** (Prontuário: 100639)

Endereço: RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 17/02/1996 Idade: 23a3m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406

Requisição: 960709 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES

Controle: 1230277 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 01/06/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/06/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente:	ALLAN ALVES DA SILVA (Prontuário: 100639)		
Endereço:	RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	17/02/1996	Idade:	23a4m11d
Requisição:	960711	Solicitação:	01/06/2019
Controle:	1230281	Convênio:	S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 01/06/2019

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

O estudo radiológico do pé esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 28/06/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável



GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelio de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470



LAUDO MÉDICO

Paciente:	ALLAN ALVES DA SILVA (Prontuário: 100639)		
Endereço:	RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	17/02/1996	Idade: 23a4m11d	Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406
Requisição:	960711	Solicitação: 01/06/2019	Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle:	1230280	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/06/2019

JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 28/06/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALLAN ALVES DA SILVA** (Prontuário: **100639**)

Endereço: RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 17/02/1996 Idade: 23a3m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406

Requisição: 960714 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES

Controle: 1230283 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 01/06/2019

T.C. DE PELVE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/06/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353
 Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-000



LAUDO MÉDICO

Paciente:	ALLAN ALVES DA SILVA (Prontuário: 100639)		
Endereço:	RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	17/02/1996	Idade:	23a3m12d
Requisição:	960716	Solicitação:	01/06/2019
Controle:	1230285	Convênio:	S U S
			Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
			Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 01/06/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CANAL VERTEBRAL ALINHADO E COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/06/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALLAN ALVES DA SILVA** (Prontuário: 100639)

Endereço: RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 17/02/1996 Idade: 23a4m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406

Requisição: 960768 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES

Controle: 1230390 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/06/2019

JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/06/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALLAN ALVES DA SILVA** (Prontuário: 100639)
 Endereço: RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/02/1996 Idade: 23a4m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406
 Requisição: 960768 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1230389 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 01/06/2019

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/06/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470