

Audiências x Email - Reinaldo Filho - Outlook x Consulta processos - Processo x PJ 0800020-50.2020.8.18.0140 - PJ x Controle de documentos x +

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 (2691516 CONTESTACAO 01)
- 8214317 - Documentos (2691516 CONTESTACAO Anexo 02)
- 8214315 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
- 8214313 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
- 8214316 - Documentos (SUBSTABELECIMENTO)

11:40

05 Feb 2020

JUNTADA DE CERTIDÃO

- 8187500 - Certidão
- 8187510 - Comprovante (resposta ofício nº 10 2020)

12:47

downloadBinario.seam 1 / 11

2691516 - CJ/2020-00399/INVALIDZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

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 8ª 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, descaracteriza 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 incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, 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 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 05º E EM FLEXÃO DE 85º; ADM DE TORNOZELO ESQUERDO: EXTENSÃO 25º; FLEXÃO 35º

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

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

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

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

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

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 SESENTA 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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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 demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

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

CONCLUSÃO

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 a 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 APRECIÇÃO 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 enfrentada 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.”

⁸ **art. 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 Excelência 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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do 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; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa 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

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE		
NATURALIDADE	CRATEUS-CE	DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971
DOC. ORIGEM	CERT.NASC. 529 L 11/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78		
TERESINA - PI	ASSINATURA DO DIRETOR <i>Pedro Gomes de Moraes</i> Pedro Gomes de Moraes		
840.173.173-91	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83		

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0475283

ASSINATURA DO TITULAR
Nelle Roze Soares Marques




GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**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?

[☒] 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 TORNOZELO ESQUERDOS

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

[☒] Sim [☐] Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E TORNOZELO 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
(**X**) 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: (**X**) 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

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

Títular 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 médico-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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 85°; ADM DE TORNOZELO ESQUERDO: EXTENSÃO 25°; FLEXÃO 35°

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 TORNOZELO 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

Valoração 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

Valoração 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: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Allan Alves Da Silva
 RG: 3322202 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 26/10/18
 CPF: 059.980.038-9 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Autônomo
 ENDEREÇO: Av. Montes Melos Nº: 7036
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Cumpe
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64000-095 TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Welle Roge Soares Marques
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 840.173.173-9 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Recurso
 ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro Nº: 544
 BAIRRO: Centro CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64000-2

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 DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Allan Alves da Silva

Data do acidente de trânsito: 31/05/2019

Cobertura da vitima: Invalidez

LOCAL / DATA: 28. Agosto de 2019 Teresina Piauí

Allan Alves da Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Jéssica Aline de Menezes Silva
 Escritura Autorizada
 Teresina, PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ALLAN ALVES DA SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI 28/08/2019. Selo: AAI16550-SROE www.tjpi.jus.br/postalestra. Jéssica Aline de Menezes Silva, ESCRIVENTE AUTORIZADA Enol: 3,85 T3:0,77 FPMF/PI:0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 314

AUTÓRITO DE NOTAS
 CONSULTE O SEL
 712-1771

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 18 Set. 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
 Centro - Norte CEP: 64.002-470

Cartão
Identificador
SINISTRO

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Ins. Licença Supr. 1223 - Cont. - CEP 64.002-000 - Teresina - PIA
Judeu. Identifica. Cartório de Sobrado Teresina

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 Set. 1989

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

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALLAN ALVES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Ozeas Chaves Vieira Junior

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

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

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% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ALLAN ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 855

Conta: 00000108855-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 85°; ADM DE TORNOZELO ESQUERDO: EXTENSÃO 25°; FLEXÃO 35°

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 TORNOZELO 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

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 (VÍTIMA/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: Av. Niter Nelas 9 - Número: 7036 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Guape 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64.000-095
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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 às custas da Seguradora Líder 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura da testemunha 8 SET. 2019

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

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)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003302/2019-16

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

544775

Data/Hora

31/05/2019 - 06:00

ADITAMENTO DATA
CORRETA →

Bairro

PIÇARREIRA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALLAN ALVES DA SILVA

RG: 3322202

Mãe: MARIA DE JESUS SILVA ALVES

Endereço: RUA SERRA DOURADA, Nº 5433

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9823-3594

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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, PRONTUÁRIO 100639. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL

Lucy Karlo Leal Paranhos
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Nº: 106.371.7

o Allan Alves da Silva

ALLAN ALVES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



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
Escritório de Polícia

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

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 (VÍTIMA/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: Av. Niter Nelas 9 - Número: 7036 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Gurupi 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 VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0855 CONTA: 308855 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 e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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 on-costa 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ 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 e, além disso, a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura da testemunha 8 SET. 2019

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

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

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)



SAMU
192



PREFEITURA DE MUNICIPAL TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

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.

Marília 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 Luís Ferraz, 3390. Bairro Macaúba.
Teresina-PI. CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880



samuteresina@hotmail.com



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado Cód: 30	02 Data do chamado 31/05/19	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 06:55 H	05 Chegada ao local 07:08 H
	06 Saída do local 07:25 H	07 Chegada ao 1º hospital 07:35 H	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Zequinha Freire				
	11 Bairro Picaneira	12 Município-UF	Código IBGE		
	13 Ponto de referência Comercial Carvalho				
Dados do Paciente	14 Nome Allan Alves da Silva			15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	
	16 Idade 13 anos 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado			17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> 9-Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte <input checked="" type="checkbox"/> 06 - Tentativa de suicídio 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 11 - Queda <input checked="" type="checkbox"/> 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vitima <input checked="" type="checkbox"/> 20 Meio de locomoção 1 - Pedestre 2 - A pé 3 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Condutor 4 - Automóvel 6 - Outro 3 - Passageiro 5 - Motocicleta 9 - Ignorado 9 - Ignorado 4 - Bicicleta				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado			22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - A dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 93 PA 130 x 70 TAX 99 SatO2 99		25 Local da lesão 		
	26 Pupilas 1 - Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais <input type="checkbox"/>		27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kêd <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>				
	32 Hospital de Destino HU7 <input type="checkbox"/> Não Removido				
Hospital de Destino	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado				
	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	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.				
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE <u>pudencina</u>		Enfermeiro Conduzir <u>Erasmão</u> SET. 2019	



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

*Amargosa Geral - or
oroplecha*

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 - SSP	
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 PÊ 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 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3H, SEM CAPACETE, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA, DESMAIOU, TEVE PISODIOS DE OTORRAGIA ESQUERDA
A) VIAS AEREAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. SAT O2: 99 ; FR:
C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. BNF, RR, 2T SS PA: 160/110 ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO
D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII
E) ESCORIAÇÕES EM TORAX E ABDOMEN, JOELHO E PÊ ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:

7

RAIO-X REALIZADO

DATA: 01/06/2019

TÉCNICO: [assinatura]

EID:

Exames Complementares:

- (1230275) - T.C. DE CRANIO
- (1230276) - T.C. DE TORAX
- (1230277) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: / /

EDUARDO SALMITO SOARES

6339 PI Em: 01/06/2019 07:56:23

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

Assinatura Paciente ou Responsável

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

1140924-0

Dr. V. V. Kuznetsov, N. I. Pustov
Dr. A. A. Kuznetsov, N. I. Pustov
Dr. A. A. Kuznetsov, N. I. Pustov
Dr. A. A. Kuznetsov, N. I. Pustov
Dr. A. A. Kuznetsov, N. I. Pustov

025137395

4. *Journal of the American Statistical Association* - 71(353): 1149-1150
 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651,

10/10/2019

05-08-2019

CONSUMO (kWh) 1.87

TOTAL A PAGAR (US\$)
177.80

ESTADO DE SÃO PAULO DE 1980
ANÁLISE DE 1980
CPI - 1980/1981
DADOS DE 1980 - 1981

DATAS DA LEITURA

Assin.	29-07-2019
Artigo nº	27-06-2019
Processo Lateral	23-06-2019
Exatidão	26-07-2019
Apresentação	29-07-2019
Dias de Consumo	29-07-2019

Salário	R\$ 1.798,27
Sobreaviso	R\$ 1.260,75
Fórmula de cálculo do adicional	R\$ 1.926,51
	13,7
Cálculo da Fatorarritmo	
Taxa de Fatorarritmo	Código regular R\$ 648

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Nome/Qualificação	Nº de Id.	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão	Endereço	Cidade	Estado	Código Fone	Assinatura
Nome/Qualificação	Nº de Id.	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão	Endereço	Cidade	Estado	Código Fone	Assinatura

CONTABILIZACAO	MONO	AT15/7/81	DESCRIÇÃO DA CORTA 3.1.3.1	149
----------------	------	-----------	----------------------------	-----

DATE	10/2/85	0.47/300	103.69
JAN/19	105		14.11
FEB/19	106		
MAR/19	105		
APR/19	109		
MAY/19	100		
JUN/19	106		
JUL/19	106		
AUG/19	100		
SEP/19	105		
OCT/19	105		
NOV/19	105		
DEC/19	105		

Des / Ano	Valor R\$
24 / 2019	272,30

25 20 15 10 5 0

LIGHE 0000 000 0000 1 FACA OPCAO VENCIMENTO 1.5 10 20 20

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

[illegible]

Keywords: *Self-esteem, self-esteem threat, self-esteem threat sensitivity, self-esteem threat sensitivity scale, self-esteem threat sensitivity scale-2*

Resumo	Período de Referência		Período de Referência	
	13,45	2,94	13,45	2,94
Emprego	5,19	10,39	20,77	3,16
	0,00	0,00	0,00	0,00

TERESINA JOCKEY
energetical
ENERGIA
cepisa

SEU CÓDIGO 05/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 43

1140924-0

07/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
VENCIMIENTOS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

025137395 1F8A5ET, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

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

54Q. 00024 CF 1140034.0 DT 1411 - 29/07/2019 T. ENTR.: 1
 1217006 17007 H04041 DTAL: 177,50 LARGA: 048
 DT VENC.: 14/08/2019 P0015: 1000COLTOR: 0131

1140924-0

101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-

025137395

4. *Journal of the American Statistical Association* - 71(353) 1149-1154
 1976. *Journal of the American Statistical Association* - 71(353) 1149-1154

10/10/2019

05-08-2019

CONSUMO (kWh) 1.87

TOTAL A PAGAR (US\$)
177.80

ESTABELECE O GRUPO DE AVALIAÇÃO DE RISCO
AS RISCOS RELACIONADOS AO GRUPO
CPE. VERSÃO 1.2.2008.833

DATAS DA LEITURA

Assinatura	29-07-2019
Assinatura	27-06-2019
Assinatura	23-06-2019
Assinatura	26-07-2019
Dia de Consumo	29-07-2019

Salário	1,739,2
Salário mínimo	1,200,0
Salário médio de mercado	1,500,0
Salário máximo	18,7
Coeficiente de variação	10,4
Coeficiente de desigualdade	1,641

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Nome/Qualificação	Nº de Id.	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão	Endereço	Cidade	Estado	Código Fone	Assinatura
Nome/Qualificação	Nº de Id.	Idade	Sexo	Estado Civil	Profissão	Endereço	Cidade	Estado	Código Fone	Assinatura

CONTABILIZACAO	MONO	AT15/7/81	DESCRIÇÃO DA CORTA 3.1.3.1	149
----------------	------	-----------	----------------------------	-----

DATE	10/2/85	0.47/300	103.69
JAN/19	105		14.11
FEB/19	106		
MAR/19	105		
APR/19	109		
MAY/19	100		
JUN/19	106		
JUL/19	106		
AUG/19	100		
SEP/19	105		
OCT/19	105		
NOV/19	105		
DEC/19	105		

Des / Ano	Valor R\$
24 / 2019	272,30

25 20 15 10 5 0

LIGHE 0000 000 0000 1 FACA OPCAO VENCIMENTO 1.5 10 20 20

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

[illegible]

Keywords: *Self-esteem, self-esteem threat, self-esteem threat sensitivity, self-esteem threat sensitivity scale, self-esteem threat sensitivity scale-2*

Resumo	Período de Referência		Período de Referência	
	13,45	2,94	13,45	2,94
Emprego	5,19	10,39	20,77	3,16
	0,00	0,00	0,00	0,00

TERESINA JOCKEY
energetical
ENERGIA
cepisa

SEU CÓDIGO 05/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 43

1140924-0

07/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
VENCIMIENTOS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

025137395 1F8A SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

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

54Q. 00024 CF 1140034.0 DT 1411 - 29/07/2019 T. ENTR.: 1
 1217000 17007 H04001 DTAL: 177,50 LARGA: 048
 DT VENC.: 14/08/2019 IMPT.: 1000 COLUTOR: 0131

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		DADOS DA LEITURA	
Atual:	20350	Atual:	24/05/2019
Anterior:	20146	Anterior:	25/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/06/2019
Consumo Medido:	204	Emissão:	23/05/2019
Consumo Faturado:	204	Apresentação:	24/05/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	197

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

TARIFA DE TRIBUTOS:
B A 204 - 0,523585

NOTA 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.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	37,21	Base de Cálculo:	189,20 138,12
Energia:	71,90	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,16	Valor do ICMS:	51,08
Encargos:	5,95	Valor do PS:	1,40%
Tributos:	61,98	Valor do COFINS:	6,49%
			8,96

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	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 Valor: 84,77

ROT: 17.001.31.11.020500

83620000002 1 08770017000 1 00000000051 3 86970519008 8



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

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques 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: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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 <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Terresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Terresina, 29 de Agosto de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



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, Jose 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
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Heli Castelo 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
x Allan Alves da Silva, cujo o condutor era
x Allan Alves da Silva
Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 Titan ES Ano: 2003
Placa: LVT 6173 Chassi: 9C2JC30203R134076
Data do Acidente: 31/05/19

Local e Data: Teresina Piauí, 28 de agosto 2019

x Jose Ribamar Mendes Filho

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cantão
Themistocles
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Marques, 1321 - Centro - CEP: 64000-100 - Teresina-PI - Fone: (86) 3231-0150 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Site: www.cartorio3pi.com.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE RIBAMAR MENDES FILHO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Selo: AAI16546-K3LI

www.tjpi.jus.br/portalextra

Jessica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,16 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 314
DECL DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

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

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



Dados do Chamado	01 N° do chamado 105:30	02 Data do chamado 31/05/19	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 06:55 H	05 Chegada ao local 07:08 H
	06 Saída do local 07:25 H	07 Chegada ao 1º hospital 07:35 H	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Zequinha Freire				
	11 Bairro Picaneira	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Comercial Carvalho				
	14 Nome Allan Alves da Silva	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado			
Tipo de Ocorrência	16 Idade 23 anos	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> 9- Ignorado			
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte <input checked="" type="checkbox"/> 06 - Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> 16 - Outros <input checked="" type="checkbox"/> 02 - Agressão física-espantamento <input type="checkbox"/> 07 - Envenenamento <input type="checkbox"/> 17 - Já removido <input type="checkbox"/> 03 - Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 08 - Afogamento <input type="checkbox"/> 18 - Falso chamado <input type="checkbox"/> 04 - Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 09 - Queimadura <input type="checkbox"/> 15 - Exames complementares <input type="checkbox"/> 05 - Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> 10 - Choque elétrico <input type="checkbox"/>				
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Condutor <input type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/> 1 - A pé <input type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 6 - Outro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 - Animal <input type="checkbox"/> 7 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 95 PA 190 x 70 TAX 99 SatO2 99 25 Local da lesão		
Exame Físico	26 Pupilas 1 - Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais <input type="checkbox"/>	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>	
	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kêd <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>		32 Hospital de Destino HUT <input type="checkbox"/> Não Removido		
	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>		34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>		
Observações Interdisciplinar	35 Observações Cliente sofreu queda de moto ao colidir com poste, apresentando sangramento na região do ouvido (E) + suspeita de fratura nos pododactílios. Escoriações leves. Relata náuseas. Agitado. Não cooperativo.				
	36 Responsável pela recepção Socorristas Médico <u>pudencina</u> Enfermeiro <u>Erasmão</u> AE/TE Conduzir				

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.


Marília 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





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

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

Amargo Gerals
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 - SSP		
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: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
(Conforme Paciente/Acomp):			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		
PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA APOS COLIDIR COM POSTE EVOLUINDO COM OTORRÁGIA 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 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3H, SEM CAPACETE, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA, DESMAIOU, TEVE EPISÓDIOS DE OTORRÁGIA ESQUERDA

A) VIAS AEREAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. SAT O2: 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 ISOCORICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII

E) ESCORIAÇÕES EM TORAX E ABDOMEN, JOELHO E PÉ ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

- (1230275) - T.C. DE CRANIO
- (1230276) - T.C. DE TORAX
- (1230277) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

RAIO-X REALIZADO

DATA: 01/06/2019

TÉCNICO: *[assinatura]*

RAIO-X REALIZADO

DATA: 01/06/2019

TÉCNICO: *[assinatura]*

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

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

Neuromuscular

TC de crânio sem alterações neuromusculares
de urgência. Sem fraturas ou hemorragias
Sem condutas neuromusculares
TC cervical sem fraturas
Sem condutas neuromusculares
Adipomatosas

Dr. João de Deus
CRM-PI 7212

Cir. Geral 01/06/19 às 09:00

Acidente de moto. Consciente, estável hemodinamicamente
Abd: Flácido, indolor a palpação profunda, sem peritonite.
Fosfor: AP + bilateralmente em RA.
CD: Sem conduta pelo cir-geral

Dr. Camilo Bonifácio
MÉDICA
CRM-PI 7212

Ortopedia

Paralisação aguda aguda
de glóbulos vermelhos

Acu

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920



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 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:

4-CNES

5828856

240231

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **ALLAN ALVES DA SILVA**

6 - Prontuário: 100639

7-CNS:

8-Nascimento: 17/02/1996

9-Sexo: **Masculino**

RG: 3322202- SSPI-Exp:

-Mãe: **MARIA DE JESUS SILVA ALVES**

12-Fone: 86- 9444-1705

-Resp: **RAYARA**

14-Fone: 86- 9444-1705

15-Endereço: **RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - CEP: 64000-010**

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: **PI**

19-CEP: 64000-010

16-Munic: **TERESINA**

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior

0408050470

18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

21-Cod. Mudança Procd.

0415030013

20 - Mudança de Procedimento / Descrição

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

27-CID Prim: 26-Diagnóstico:

?

28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.:

38-Profissional Responsável:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

877.154.063-68

-Data Solicitação:

01/06/2019

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 CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS 0408050470 S925 + TENOMIOTOMIA 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 Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

01/07/19

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria ORCA/AFMS
CRM-PI 1438 - CPF 761.503.037-9

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

(ANA QUEIROZ)

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 210849 AIH: 2219100381234
--	--

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 ALLAN ALVES DA SILVA	NASCIMENTO 17/02/1996	PRONTUÁRIO 100639	SEXO M
DOCUMENTO RG 3322202	TELEFONE 8694441705	NOME DA MÃE MARIA DE JESUS SILVA ALVES	RESPONSÁVEL RAYARA	
CEP 64000010	ENDEREÇO (LOGRADOURO) RUA SERRA DOURADA			NUMERO / LOTE 5433
BAIRRO VALE QUEM TEM	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0415030013
--	--

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	CÓDIGO 0408050470		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	CÓDIGO 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 tto cirúrgica: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS 0408050470 S925 + TENOMIOTOMIA 0408060450 S961

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
CNS SOLICITANTE 980016283837021	DATA SOLICITAÇÃO 18/06/2019

AUTORIZAÇÃO

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





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

250849

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

9-Sexo: Masculino

RG: 3322202 - SSPI

11-Mãe: MARIA DE JESUS SILVA ALVES

12-Fone: 86- 9444-1705

-Resp: RAYARA

14-Cor: Sem Informação

15-End: RUA SERRA DOURADA NUMERO 5433 - VLE QUEM TEM - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Lesão com fratura exposta do
fêmur por trauma + hemorragia

21 - Condições que justificam a internação:

fratura

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de outro artelho

24-CID Prim:

S925

25-CID Sec:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050470

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

Tecn. PTD

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

01/06/2019

35-Ass. Prof. Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

43-CNPJ Empresa:

OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Capim (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIYANI)

Consulta Local: 724406

Consulta SUS:

Impressão: 01/06/2019 13:55:59

X Rayana Sousa Pereira de Carvalho

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

ALLAN ALVES DA SILVA

NASCIMENTO

17/02/1996

SEXO

M

PRONTUÁRIO

100639

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

RESPONSÁVEL

3322202

8694441705

MARIA DE JESUS SILVA ALVES

RAYARA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

6400010

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 PE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S925 - FRATURA DE OUTRO ARTELHO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050470 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS PODODACTÍLOS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

01/06/2019

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

CPF: 87715406368

CRM:

DATA ADMISSÃO

01/06/2019 07:31

DATA ALTA

02/06/2019 07:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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
AUDITORIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS / AVALIAÇÃO /

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO

CRM:

DATA ANÁLISE: 01/06/2019 14:36:06

CPF

18 SET. 2019

DATA ANÁLISE

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 0635

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0413040478 - T009

0408050470 - 5925

6 fio

0408060450 - 5961

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Manoel Augusto Reguena
Agente
Clara Ant
Bruno de S. Silva
Tempo de vida de vida
Tempo de vida de vida

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/06/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Alton Alves da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>92038</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Ataque de pânico</u>	CIRURGIA: <u>Ataque de pânico</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Flávio dos Santos</u>	Nº DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Flávio dos Santos</u>	CPF Nº: <u>000.000.000-00</u>
AUXILIAR: <u>Dr. Flávio dos Santos</u>	CPF Nº: <u>000.000.000-00</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Flávio dos Santos</u>	CPF Nº: <u>000.000.000-00</u>
INSTRUMENTADOR: <u>Dr. Flávio dos Santos</u>	CPF Nº: <u>000.000.000-00</u>

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 60	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 72	PAR	06	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	09	
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



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



FICHA DE ANESTESIA

FUNDÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Wilson Luis de SilvaSala: 05Alergia: —Data: 03/06/19Procedimento: T70 cirúrgico Fx crânioCirurgião: Chagas

Observações:

Agente	Unid	139			140			15			15			15			15		
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1	tyrosolona	mg			02														
2	butanal	mg			25														
3	clonitona	mg			10														
4	vanitona	mg			50														
5	indomethe	mg			04														
6	clonitona	mg			02														
7	clonitona	mg			20														
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
Oxigênio					02L														
AR/N2O																			
Volatil	%																		

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
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: DORSAL

SPO2 (%)	94	94	94
ETCO2 (mmHg)			
ECG	RJ	RJ	RJ
Aces. Venoso	SF	RL	
Aces. Venoso	500	500	
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 555 - Jd. C
Centro - Niterói - RJ - CEP 24400-000

CRM-PI 3817


Descrição da Anestesia: 1) Jd do nt 2) monitorização 3) Revisão de unidade
a mSE 7206 4) Raqui-anestesia: - nt intada; - anestes
contínua; - nível L4/L5 paramestesia completa
primária 266; - L4/L5, paramestesia; - injeção de solu
volante bupivacaína 0,5% 11 mg + morfina 8mg 5, 10 mg
estabelece 6, 10 minutos de nt

Anestesiologista



HOSP(DE UR(CIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ALLAN ALVES DA SILVA		100639		17/02/1996	23	Ortopédica	229	3	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA								OBSERVAÇÕES
DI : 01/06/2019	FRAT PÊ E								07:30 - Paciente de alta hospitalar.
02/06/19									
	1 Dieta oral livre								
	2 Jelco salinizado								
	3 Tramadol 100mg 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
	4 Omeprazol 40mg 1comp VO 1x/dia								
	5 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
	6 Tramadol 100mg 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
	7 Dipirona 0,25 amp + AD EV 6/6hs								
	8 Cuidados gerais e sinais vitais								
	9 Curativos diários								
									
<div style="float: right; width: 20%;"> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DIVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 SET. 2019 GENTE SEGURADORA Rua Coelho de Resende, 400 - Lj. 102 Centro - Niterói CEP: 64.002-900</p> </div> <div style="clear: both;"></div>									
<p>Dr. Ivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p>									
CRM3415-TEOT10029		CRM3766-TEOT11305		CRM3367					

NOME: _____ IDADE: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____ DATA: 04/09/19

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	DIURÉTICO	EVAC.	DRENO
12												
18												
24		66										
06												

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
• PERCEÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma			ALTO RISCO ARI: <12		
• UNIDADE (Molhabilidade): 1-Completamente 2-Muito 3-Ocasionalmente 4-Parcialmente			MEDIO RISCO MRI: 12 a 14		
• ATIVIDADE: 1-Acamado 2-Cadeira rodas 3-Anda Ocasionalmente 4-Independente			BAIXO RISCO BRI: > 14		
• MOBILIDADE (Limitação): 1-Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma			CLASSIFICAÇÃO		
• NUTRIÇÃO: 1-Muito pobre 2-Inadequada 3-Adequada 4-Excelente					
• FRICÇÃO E CIBALIMETRO: 1-Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhum Problema					
TOTAL:					
ESCALA DE MORGSE - RISCO DE QÜEDA:		PONTOS:	CONTROLE:		
1. HISTÓRIA DE QÜEDAS - 9m - 20m - 30m - 40m - 50m - 60m - 70m - 80m - 90m - 100m			SEM RISCO BR: 9-24		
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 NÃO - 0			BAIXO RISCO BR: 25-50		
3. AVALIAÇÃO DE RISCO: SIM - 15 NÃO - 0			ALTO RISCO AR: > 51		
4. TERAPIA DE RISCO: SIM - 15 NÃO - 0			CLASSIFICAÇÃO:		
5. MARCAÇÃO: SIM - 15 NÃO - 0					
6. ESTADO MENTAL: Superiormente capacitado / Equilibrado / Orientado / Capacitado a seguir orientação / Limitação - 0					
TOTAL:					

() EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	() ADMISSÃO	HORA:
1. Estado Mental: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente () Orientado () Torporoso Glasgow(AO/RV/RM):		
2. Locomoção: () Deambula () Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Restrito ao leito por orientação () Paratética () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor		
3. Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT <input checked="" type="checkbox"/> Sem O ₂ () Com O ₂ :		
4. Sistema Cardiovascular: () BNR <input checked="" type="checkbox"/> BNF <input checked="" type="checkbox"/> 2T <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:		
5. Dieta: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()		
6. Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Plano () Globoso () Distendido <input checked="" type="checkbox"/> Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:		
7. Pele e mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integral () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões/Bolhas () Escoriações () LPP's		
8. Hidratação: <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input checked="" type="checkbox"/> MVB () AVC () Outros:		
9. Drenos: () Suctor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros:		
10. Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros:		
11. Evacuações: () Presentes () Constipado _____ dias () Diarréia () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:		
12. Alergias () Não () Sim- Quais:		
12.1. Comorbidades: <input checked="" type="checkbox"/> ANega () DM () HAS () Outros		
12.2. Medicamentos de uso contínuo:		
18-12. Ppt admitido em clínica ortopédica, proveniente da SPA em pós de fratura de tórax. Ppt. Retire o suporte de imobilização. Ppt. com curativo em ferida em uso de terapia intravenosa em uso de oxigênio e 3º OBT. Siga.		


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: 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 LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/06/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





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: S U S

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 LINFONODOMEGALIAS.

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





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: 23a4m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406
 Requisição: 960711 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 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 íntegros.
- 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





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: 23a4m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406
 Requisição: 960711 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1230280 Convênio: S U S

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 íntegros.
- 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





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: S U S

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 LINFONODOMEGALIAS 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.

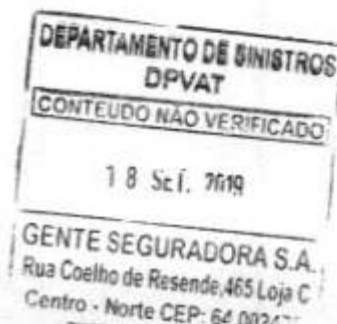
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/06/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



**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: 960716 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1230285 Convênio: S U S

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



**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: 23a4m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406
Requisição: 960768 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1230390 Convênio: S U S

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 íntegros.
- 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****CONTEUDO NÃO VERIFICADO****18 SET. 2019****GENTE SEGURADORA S.A.**
Rua Coelho de Resende, 465 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: 23a4m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 724406
 Requisição: 960768 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1230389 Convênio: S U S

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 íntegros.
- 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

