

Bem vindo ao PJe - Pro... | 080054-96.2019.8.18.0... | Entrar na conta da Micro... | Zimbra: Cadastro de Ser... | Consulta processos - Pro... | 0805457-09.2019.8.18.0... |

tjpi.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=192225&ca=c92a601055a22ca64c66f3b8f4f8d2e8f8...

Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

ProOrd 0805457-09.2019.8.18.0140
ANTONIO FILHO DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

8566153 - CONTESTAÇÃO (2697641 CONTESTACAO PROTOCOLADA 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 28/02/2020 15:07:02

28 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8566148 - CONTESTAÇÃO
 - 8566153 - CONTESTAÇÃO (2697641 CONTESTACAO PROTOCOLADA 01)
 - 8566154 - Documentos (2697641 CONTESTACAO PROTOCOLADA Anexo 02)
 - 8566156 - Documentos (Anexo 03 sub atos procuracao compressed)
 - 8566159 - Documentos (GARTIA DE PREPOSTO)
 - 8566160 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

15/07

18 Feb 2020

MANDADO DEVOLVIDO ENTREGUE AO DESTINATÁRIO

22:50

downloadBinario.seam 1 / 11

2697641- CJ/2020-00729/INVALIDZ

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08054570920198180140

PT 15:07 28/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08054570920198180140

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 **ANTONIO FILHO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **02/05/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 20/05/2016.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

PROCURAÇÃO DESATUALIZADA

Verifica-se que não consta nos autos procuração atualizada, violando a regra esculpida no art. 104 do CPC.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

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;

DO MÉRITO

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

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

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

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

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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 PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO****Número:** 3180311596**Cidade:** Teresina**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** ANTONIO FILHO DOS SANTOS**Data do acidente:** 02/05/2016**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A**PARECER****Diagnóstico:** FRATURA COMPLETA, OBLIQUA NAS METAFISES TIBIA E FIBULA ESQUERDA**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR ESQUERDO.**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA , COM EDEMA SIGNIFICATIVO E PSEUDOARTROSE LOCAL, EDEMA SIGNIFICATIVO DE TORNEZELO ESQUERDO.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO**Sequelas:** Com sequela**Data da perícia:** 24/07/2018**Conduta mantida:****Observações:****Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira**CRM do médico:** 5058**UF do CRM do médico:** PI**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **02/05/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01637-3

CONTA: 000010006561-9

Nr. da Autenticação 02E1FF947D6E2CAF

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.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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.”

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

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

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

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.

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 honorários 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,

⁷ art. 1º. (...)

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

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, 18 de fevereiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
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 **ANTONIO FILHO DOS SANTOS**, em curso perante a 9ª **VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08054570920198180140.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro 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



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde

Paciente: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Nascimento: 09/07/1963

LAUDO MÉDICO

Atesto que paciente supracitado, vítima de acidente de trânsito, apresentou fratura de tibia esquerda, tendo sido operado com placa e parafusos além de pinos intraósseos, ficou internado durante mais de 07 dias. Apresenta alta definitiva atual, evolui com dor e limitação com impotência funcional membro inferior esquerdo de 60 %.

CID-10: S822/ S823/ M191

Teresina, 09/10/2018

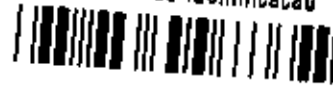
Dr. Glauson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TERT 10674
Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO
CRM 2775

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3131-6666 / 3221-6174 • www.neoclinica.net.br



Documentos de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

CPF: 156.729.482-00

Data Nascimento: 10/07/1963

Filiação: ANTONIO PAULO DOS SANTOS
MARIA EMÍLIA DO ESPIRITO SANTO

Observações: HABILITADO E/ MOTOTAXISTA
APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

Assinatura: Antonio Filho dos Santos

Local: TERESINA

Data de emissão: 15/03/2015

Assinatura do Emissor

Detran - Piauí

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1160435899

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO
1160435899

SENADORA LIDER DPART DO 10/10/2017 hora: 11:42 - 375468

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ALVARÁ
FEDERAL

DATA DE
EXPIRAÇÃO 02/06/2024

NOME
ANTONIO FILIPE DOS SANTOS

FILIAÇÃO
ANTONIO PAULO DOS SANTOS
MARIA EULIA DO ESPIRITO SANTOS

NATURALIDADE
SÃO ESTEVO DO PIAUÍ - PI

DATA DE NASCIMENTO
09/07/1963

DOC. QUEM
CERTIDÃO CAS 2603 FLS 37 LIV 002-P
UFC OF SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI

156.729.482-00 *Heitor Américo de Souza Neto*
2 VIA
Polícia Aracaju do Brasil
Secretaria de Segurança do Piauí

LEI Nº 7.118 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE CARTEIRAS DE IDENTIDADE

Polícia Direita

Antonio Filipe dos Santos

ACQUANTIA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

SEBASTIÃO LIDER DEPART DO 10/10/2017 hora: 11:41 - 375463

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1160435899

NOME
ANTONIO FILHO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR
527663 SJSP PI

CPF
156.729.482-00

DATA NASCIMENTO
09/07/1963

FUNÇÃO
ANTONIO PAULO DOS SANTOS
MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO

DEFICIÊNCIA
NÃO

ACC
NÃO

CAT. VEIC.
A3

Nº REGISTRO
01453987892

VALIDADE
10/07/2020

PRIMEIRAÇÃO
15/03/1992

OBSERVAÇÕES
HABILITADO P/ MOTOTAXISTA
APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

Antonio Filho dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
16/07/2015

50284740590
P1315877537

DETRAN-PI (PJAUI)

PROBANDO PLASTIFICAR
1160435899

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.
06 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
7 - Noroeste - 64000-000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476263

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
7 - Norte CEP: 64.000-000

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 63/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI 9020170075850 Nº 012B9B3935B6
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COTA ÚNICA / ANUAL / F.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 1065268901 2017

ANTÔNIO FILHO DOS SANTOS

15672948200 PLACA ANT. UE. PLACA
PIL-5507

9C2K0D890FR058552

PAB/MOTOCICLO/NOVA TIPO ALCO/GRUPO

HONDA/NXR160 BROS. ESD 2015 2015

002P/162CC CATEGORIA ALUGUEL AMARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA 2º 3º PAGO

P V FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

A PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURD. OBRIGATÓRIA

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRIÇÕES

TERESINA

AGREGADOS DO REGISTRO
DIRETOR GERAL DO DENATRAN

DATA 25/8/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS CILINDRO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012B9B3935B6 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetranspi.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1101

1 15672948200 OFF / GRUPO PLACA
PIL-5507

1065268901 HONDA/NXR160 BROS. ESD

2015 09 9C2K0D890FR058552

PRÊMIO TARIFÁRIO

81,28 9,03 10,81

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

4,15 0,70 185,50

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

31/07/2017

SEGURODORA LÍDER - DPVAT


CHPJ 08.346.668/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DEPARTAMENTO DE SEGUROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 JUL. 2018

GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
7 - Noroeste - 64.000-000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércio do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407911/17
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
CPF: 156.729.482-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/05/2016
Titular do CPF: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



ANTONIO FILHO DOS SANTOS : 156.729.482-00

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.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 10/10/2017
Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 156.729.482-00

Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: JOSE LUIS CARNEIRO RIODEADES
CPF: 601.253.657-72

ANTONIO FILHO DOS SANTOS

JOSE LUIS CARNEIRO RIODEADES

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO FILHO DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 02/05/2016 CPF DA VÍTIMA 156.729.482-00
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR N VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MIGUEL COUTO, 2445
 Nº COMPLEMENTO BAIRRO LOURIVAL BARENTE
 CIDADE TERESINA UF PI CEP 64023-550
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

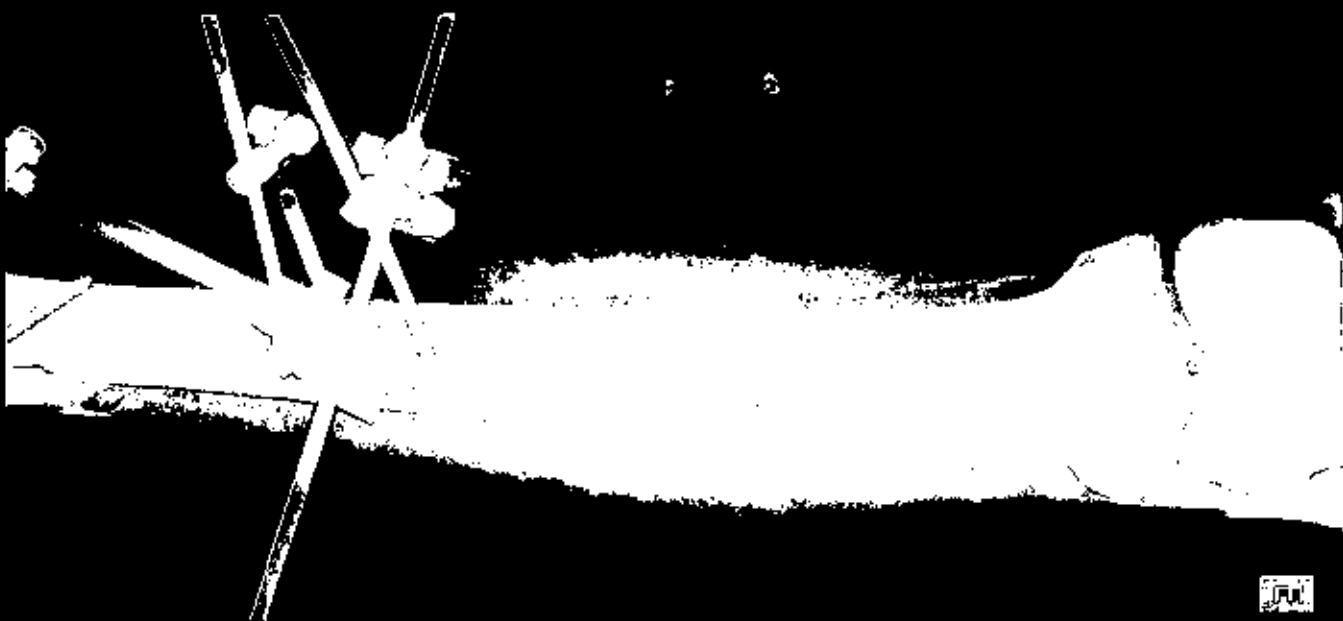
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04.10.2017IDENTIDADE 527 663ASSINATURA Antonio Pizolodos santos

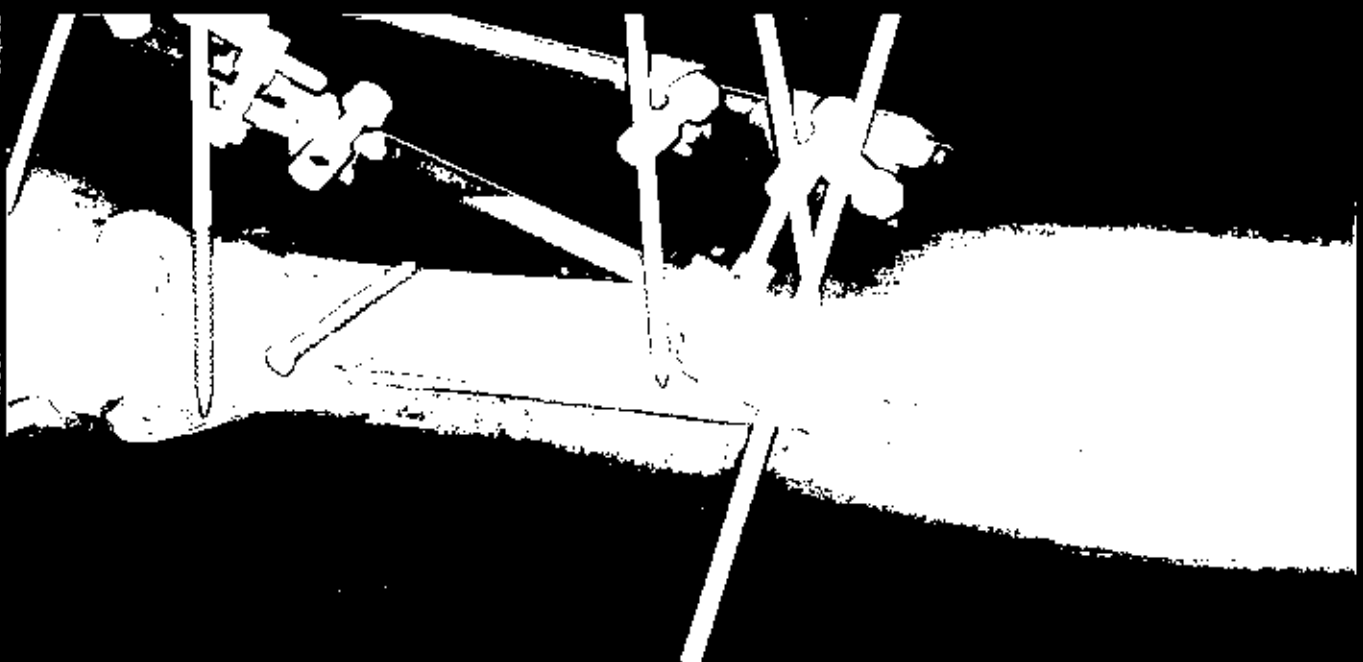
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 04.07.17 MATR. CORREIOSNOME Maíra GonçalvesASSINATURA Genilma ACIBB Esque Pizolo-Torres
MATR. 8.528.273.4



02/10/17

326



02/10/17

326



02/10/17

437

DIAGMED

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

Data: 23/06/2016

Tec.: 005

ADISA

DIAGMED TERESIMA - (86) 3221-5378 Rua Taunaturgo de Azevedo, 2112, Centro/Sul ID: 34078

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180311596 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/05/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA EM _24/07/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180311596 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/05/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA EM _24/07/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180311596 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/05/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMPLETA, OBLIQUA NAS METAFISES TIBIA E FIBULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA , COM EDEMA SIGNIFICATIVO E PSEUDOARTROSE LOCAL, EDEMA SIGNIFICATIVO DE TORNZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Filho dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Divorciado
Identidade: 527663
CPF: 156 729 482 00
Profissão: mototaxista
Endereço: Rua Miguel Couto S/N 2445 Lourival Parente
CEP: 64023550
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

OUTORGADO:

Nome: Delle Roze Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840 173 173 - 91
Profissão: Recurso-me
Endereço: Rua 24 de janeiro s/n centro norte
CEP: 64.000 235
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Antonio Filho dos Santos

Teresina piaui 27.06.18
Local e data
Antonio Filho dos Santos
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

5º Ofício

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo
Tabela Pública
Teresina-Piauí



CARTÓRIO
DJALMA VELOSO

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabela
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO FILHO DOS SANTOS,
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 27/06/2018.
Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Se: 0,25 Total: R\$ 4,66 (R\$ 4,66) (F240P186)

FRANCISCA JULIANA UCHOA SANTOS - Escrevente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247403/18

Número do Sinistro: 3180311596

Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

CPF: 156.729.482-00

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/05/2016

Titular do CPF: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 11/10/2018
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

**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

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO FILHO DOS SANTOS** Sinistro: **3170563923** Data: **02/05/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R MIGUEL COUTO, 2445 - LOURIVAL PARENTE - Teresina - PI - CEP 64023-550**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **527663**

Data local do exame: [**05/12/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA). AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA FIXADOR EXTERNO NA PERNA ESQUERDA, POR ACIDENTE EM (17.05.2017). OBSERVA-SE ENCURTAMENTO DO MEMBRO, IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, COM HIPOTROFIA MUSCULAR.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NOS 02 ACIDENTES.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

(**X**) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

FAVOR ATENTAR QUE ESSA VÍTIMA POSSUI SINISTRO ANTERIOR REFERENTE A OUTRO ACIDENTE OCORRIDO EM 14/11/2013 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO. REALIZADA PERÍCIA MÉDICA EM 10/04/2014 COM DESCRIÇÃO: CEFALIA PÓS TRAUMÁTICA, DEFICIT DE ATENÇÃO E MEMÓRIA PÓS TRAUMÁTICA, TONTURA PÓS TRAUMÁTICA. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UM DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL. NÃO VALORADO POR IMPOSSIBILIDADE DE DEFINIR AS SEQUELAS PROVENIENTES DO ACIDENTE DE 2016 E DO ACIDENTE DE 2017. VÍTIMA AINDA COM FIXADOR METÁLICO.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO FILHO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180311596**

Vitima: **ANTONIO FILHO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **02/05/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180311596**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13084712



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

Sinistro: 3180311596
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Data do Acidente: 02/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

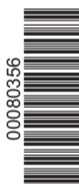
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180311596** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2018

Carta nº: 13175190

A/C: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180311596
Vítima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Data do Acidente: 02/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001637-3

Conta: 000010006561-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180311596
Vitima: ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Data do Acidente: 02/05/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180311596**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PRE _____

Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANTONIO FILHO DOS SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 527 663 EXPEDIDO POR SSP - PF EM 02/06/2007 E 4CPF 056729482-00 /CNPJ _____, PROFISSÃO AUTÔNOMO

E RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA 1637-3 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 6561-7

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL TERESINA DATA 04/10/2017

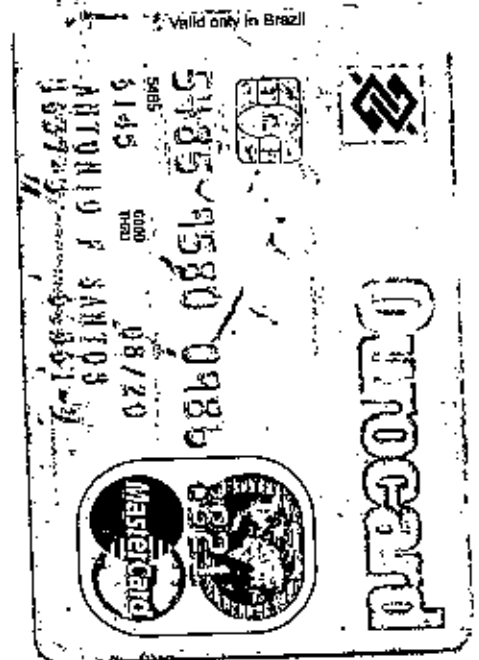
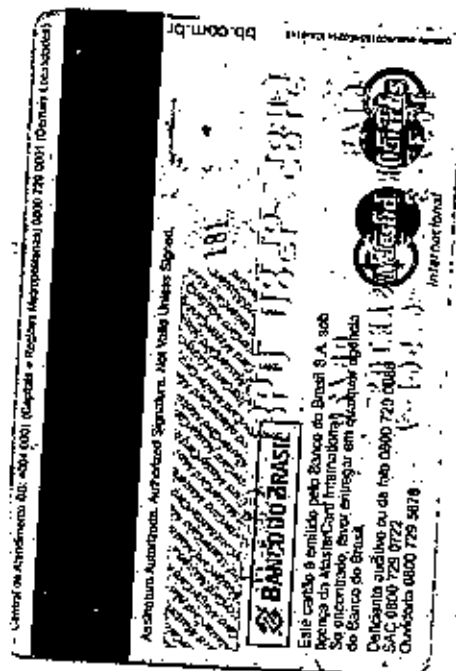
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Antonio Filho dos Santos

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEMPORRA LIDER DEPUTI DR. 10/10/2017 hora: 11:41 - 375466



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

156.729.482-00

Nome completo da vítima

Antonio Filho Dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Antonio Filho Dos Santos		156.729.482-00		metataxista	
Endereço		Número	Complemento		
Rua Miguel Couto		2445	Casa		
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Laurival Brente	Teresina	PI	64023-550		
Email		Telefone (DDD)			
		(86) 3303-4104			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V
 1637 3 6.561 7
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 28 de Junho de 2018

Local e Data

Antonio Filho dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/06/2018 - Autoatendimento - 12:19:58
839772233 0647

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 1637-3
CONTA: 6.561-7
VARIACAO: 51
CLIENTE: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

DATA DT.BS HISTORICO
Maio/2018

VALOR



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180311596
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Filho dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Miguel Couto, 2445
Lourival Parente Teresina PI CEP: 64023-550
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 527663
Data local do acidente: [02/05/2016]
Data local do exame: [24/07/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMPLETA, OBLIQUA NAS METAFISES TIBIA E FIBULA ESQUERDA

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

Tratamento: OSTEOSINTESE COM FIXADOR EXTERNO

Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO

Data da Alta: 05/02/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR ESQUERDO.

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

IMITACAO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA DE TORNOZELO E PE ESQUERDO, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001838/2016-54

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 20/05/2016 - 08:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

02/05/2016 - 21:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA- TIBERIO NUNES/OLAVO BILAC, Nº:

Complemento

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS [53 ANOS]

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 527663

Mãe: MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO

Pai: ANTONIO PAULO DOS SANTOS

Endereço: RUA- MIGUEL COUTO, Nº 2445

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE ESTEVE NESTA ESPECIALIZADA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRANSITO PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTO HONDA/NXR, AO 2015/2015, PL- PIL- 5507, COM DESTINO A RESIDENCIA DE UMA CLIENTE NA RUA TIBERIO NUNES, SÓ QUE CHOVIA BASTANTE NESTE DIA E FICOU MUITA ÁGUA ACUMULADA NO ASFALTO E QUE DIFICULTAVA O TRAFEGO, FOI ENTÃO QUE O CONDUTOR DA MOTO CAIU EM UM BURACO EXISTENTE NO ASFALTO, SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE Nº 283727 EXPEDIDO PELO HUT. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE

Francisco Ribeiro De Sousa - Mat. 0093548
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO FILHO DOS SANTOS [53 ANOS] - Noticiante
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES

Delegado de Polícia

SEGUNDA LIDER DEPART DO 10/10/2017 hora: 11:45 - 375471

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS TERESINA - PI DJALMA VELOSO	CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã Rua Barroso, 91/Sul - CEP 64001-130 - Teresina - PI - Fone: (06) 3221-6665
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS, DOU FE TERESINA-PI, 01/10/2017. <i>Rosenir</i>	
ROSENIR DE MOURA LIMA-Escrevente Autorizada Emol.:2,32 TJ:0,46 Selo:0,25 Total:3,03 Selo:ABE.17400 (F380P307)	

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
Rosenir de
Escrevente
Tabelã





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001838/2016-54

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 20/05/2016 - 08:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

02/05/2016 - 21:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA- TIBERIO NUNES/OLAVO BILAC, Nº:

Complemento

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS [53 ANOS]

RG: 527663

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Mãe: MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO

Pai: ANTONIO PAULO DOS SANTOS

Endereço: RUA- MIGUEL COUTO, Nº 2445

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE ESTEVE NESTA ESPECIALIZADA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRANSITO PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTO HONDA/NXR, AO 2015/2015, PL- PIL- 5507, COM DESTINO A RESIDENCIA DE UMA CLIENTE NA RUA TIBERIO NUNES, SÔ QUE CHOVIA BASTANTE NESTE DIA E FICOU MUITA ÁGUA ACUMULADA NO ASFALTO E QUE DIFICULTAVA O TRAFEGO, FOI ENTÃO QUE O CONDUTOR DA MOTO CAIU EM UM BURACO EXISTENTE NO ASFALTO, SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE Nº 283727 EXPEDIDO PELO HUT. A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE

Francisco Ribeiro De Sousa - Mat. 0093548
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio Filho dos Santos
ANTONIO FILHO DOS SANTOS [53 ANOS] - Noticiante
Responsável pela Informação



CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES
Delegado de Polícia

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IN

Declaração de Inexistência de IML



Eu, ANTONIO FILHO DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 527 663 e inscrito no CPF/ME sob o nº 156 729 482-00, residente e domiciliado na RUA MIGUEL COUTO, 2445, Cidade TERESINA, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio Filho dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

TERESINA 04/10/2017

Local e data

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Filho Dos Santos

CPF da Vítima

156.729.482-00

Data do Acidente

02/05/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3203-4104

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior ao estabelecido no respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Teresina, 28 de Junho de 2018

Local e Data

Antonio Filho dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

231

Imp: 02/05/2016 22:07:05

(User: MARILENE SIQUEIRA)

(Estação: ACCR01)

OLETIN DE ENTRADA - BE

DOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS		Prontuário: 283727
Mãe: MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO	Pai: ANTONIO PAULO DOS SANTOS	
End.Resid.: RUA MIGUEL COUTO N° 1320 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64010-010		
Nascimento: 09/07/1963	Idade: 52a:10m:23d	Sexo: Masculino Fone: 86- 3211-9588
Responsável: O MESMO	CNS: 898000590567529	
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 156.729.482-00	
Es. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 540900	Data: 02/05/2016 22:01:16	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Sim CID Secundario: V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma: DAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Reve História:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MIE.
05:15.

Profissional Clas. Risco:

MARILENE SIQUEIRA SILVA

CCREN - 39.554

Em: 02/05/2016 22:07:05

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: **22:20**)

DEPARTAMENTO DE SINJ...
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

06 JUL. 2016

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Noro - CEP: 64.007-100

Dr. Rafael Levi Luchard S. do Carmo
Médico do Esporte
CRM: 3807 SBO: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

X mmHg	Pulso: 	FC: bpm	CID:
---------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx: **patela de tibia distal e fêmur (E)**
ao exame: sem déficit neurológico aparente
sem outras queixas
col. miélico

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

0408050543

Procedimento

5823

CID

DATA: **1 / 1**

HORA:

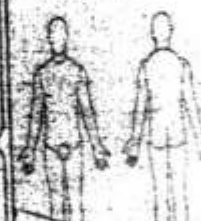
Elizabete M. de S. Trajano

Rogério Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3831 / CROM-MA 6487

Assinatura - Profissional Médico

01 Nº do chamado **373** **02** Data do chamado **02/09/16** **03** PRQ (código) **2131** **04** Saída do local **2148**
05 Saída do local **21/15** **06** Chegada ao 1º hospital **22/15** **07** Saída do 1º hospital **11** **08** Chegada ao 2º hospital **11**
09 Endereço **RUA TIBERIO NUNES OLAVO BILAC** **10** Código IBGE **11**
11 Bairro **ILUSTAS** **12** Município UF **PI - PE**
13 Ponto de referência **INEC**
14 Nome **Arbore Filho do Sena** **15** Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado
16 Idade **32** ☐ 1 - Dia ☐ 2 - Mês ☐ 3 - Ano ☐ 4 - Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999 **17** Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

18 Tipo de ocorrência ☐ 01 - Acidente de transporte ☐ 06 - Tentativa de suicídio ☐ 11 - Queda ☐ 16 - Outros
☐ 02 - Agressão física espancamento ☐ 07 - Envenenamento ☐ 12 - Urgência clínica ☐ 17 - Já removido
☐ 03 - Agressão física FAF ☐ 08 - Afogamento ☐ 13 - Urgência obstétrica ☐ 18 - Falso chamado
☐ 04 - Agressão física FAF ☐ 09 - Queimadura ☐ 14 - Transferência ☐ 15 - Exames complementares
☐ 05 - Urgência psiquiátrica ☐ 10 - Choque elétrico
19 Vítima ☐ 1 - Pedestre ☐ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado **20** Meio de locomoção ☐ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado **21** Outra parte envolvida ☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado **22** Equipamentos de segurança ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança

23 Glasgow = **11** **24** Sinais Vitais **25** Local da lesão 
ABERTURA OCULAR **RESPOSTA VERBAL** **RESPOSTA MOTORA**
☒ 4 - Espontânea ☐ 3 - A voz ☐ 2 - À dor ☐ 1 - Nenhuma ☐ 5 - Orientada ☐ 4 - Confusa ☐ 3 - Palavras inapropriadas ☐ 2 - Palavras incompreensíveis ☐ 1 - Nenhum ☐ 6 - Obedece a comandos ☐ 5 - Localiza dor ☐ 4 - Movimento de retirada ☐ 3 - Flexão anormal ☐ 2 - Extensão anormal ☐ 1 - Nenhum
26 Pupilas ☐ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais **27** Pulso ☐ Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio ☐ 2 - Fino ☐ 3 - Ausente **28** Sangramento ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **29** Dor ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **30** Fratura ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **31** Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **32** Hospital de Destino **33** Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado ☐ 2 - Piorado ☐ 3 - Inalterado **34** Óbito ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **35** Antes do socorro ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **36** Antes do transporte ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **37** Durante o transporte ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

38 Escala de Dor de 0 a 10 **39** Dor ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **40** Fratura ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **41** Exposta ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **42** Fechada ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **43** Suspeita ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

44 Glicemia ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **45** Acesso Venoso ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **46** Medicamentos a) ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **47** Medicamentos b) ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **48** Assistência ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **49** Hospital de Destino **50** Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado ☐ 2 - Piorado ☐ 3 - Inalterado **51** Óbito ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **52** Antes do socorro ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **53** Antes do transporte ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não **54** Durante o transporte ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

55 Observações Interdisciplinares **56** Responsável pela recepção **57** Socorristas **58** Médico **59** Enfermeiro **60** Condutor

61 Observações Interdisciplinares **62** Responsável pela recepção **63** Socorristas **64** Médico **65** Enfermeiro **66** Condutor

67 Observações Interdisciplinares **68** Responsável pela recepção **69** Socorristas **70** Médico **71** Enfermeiro **72** Condutor

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01637-3

CONTA: 000010006561-9

Nr. da Autenticação 02E1FF947D6E2CAF

Comprovante de residência



Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

000171208

COMPANHIA ENERGIA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/000-1-00 | Insc. Estadual: 14.303.000-5
Metr. Piauí / Conta de Energia Elétrica - Série 1-1
Regime especial de Impressão autorizado pela SEFAZ/PI

1ª da Nota Fiscal

A Trib. Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO UNID.	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2017	13/09/2017	238	176,01

ANTONIO FILHO DOS SANTOS
R. MIGUEL COUTO S/N 2445 LOURIVAL PARENTE
CPF: 00015672948200

Atual:	06/09/2017
Anterior:	07/08/2017
Próxima Letícia:	05/10/2017
Emissão:	06/09/2017
Apresentação:	06/09/2017

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
---------	---------	---------	---------	---------	---------

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
---------	---------	---------	---------	---------	---------

Mês/ano consumo	Consumo
AGO/17	167
JUL/17	134
JUN/17	142
MAI/17	134
ABR/17	108
MAR/17	90
FEV/17	133
JAN/17	134
DEZ/16	140
NOV/16	176

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 238 - R\$ 46,00

CONSUMO 238 A R\$ 0,662601 = 157,69

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,29

MULTA POR ATRASO (2X) 3,60

JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 1,43

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,81

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,90

PARABÉIS A LER - data: 23/09/2017 - sua conta bancária foi debitada

nessa Unidade Consumidora

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA DE ENERGIA

Distribuição:

Energia: 40,18

Transmissão: 49,30

Encargos: 5,94

Tributos: 15,33

Base de Cálculo:

Alíquota ICMS: 157,69

Valor do ICMS: 25,00%

Valor do PIS: 39,42

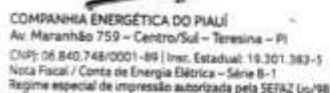
Valor do COFINS: 7,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

4,95 9,91 19,82 3,17 6,35 12,70 2,77

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

SESSÃO LIDER OPAT DO 10/10/2017 hora: 11:41 - 375462



SEU CÓDIGO
0632139-9

006741027

Nº da Nota Fiscal

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	14/06/2018	91	17,34

ANTONIO FILHO DOS SANTOS
R. MIGUEL COUTO S/N 2445 LOURIVAL PARENTE
CPF: 00015672948200

DADOS DA LEITURA		GATAS DA LEITURA	
	kWh		
Atual:		Atual:	07/06/2018
Anterior:	4883	Anterior:	08/05/2018
Constante de Multiplicação:	4792	Próxima Leitura:	10/07/2018
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	06/06/2017
Consumo Faturado:	91	Apresentação:	07/06/2018
	91		FCM

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
HISTÓRICO kWh					
DESCRIÇÃO DA CONTA					

HISTÓRICO EWN		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAI/18	12	CONSUMO	91 A R\$ 0,781123 =
ABR/18	144	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	
MAR/18	41	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,69
FEV/18	93	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	1,05
JAN/18	107		
DEZ/17	116		
NOV/17	196		
OUT/17	272		
SET/17	238		
AGO/17	167		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
R\$ A 91 - 0,573422			

23 = 73,98
0,69
1,05

DEPARTAMENTO DE INTELIGÊNCIA
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
64 (m...)

0 10 15 20 25
valores

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCA0 VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
 Pin 0800 086 0800 e 0800 086 0800 não constam em nenhuma Unidade Consumidora

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:		Base de Cálculo:	
Energia:	14,91	Alíquota ICMS:	71,8
Transmissão:	28,33	Valor do ICMS:	22,0%
Encargos:	4,45	Valor do PIS:	15,3
Tributa:	4,51	Valor do COFINS:	0,3

INDICADORES DE CONTINUIDADE

CONSUMO 208 A R\$ 0,866912 = 180,31

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para consulta com a Eletrobras, informe este número: **0051869-7**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 757 - Centro Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-235 - Teresina - PI
Regime especial de imposto instituído pela SIFAT 2002

MP de Nota Fiscal: **007516126**
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 12.438 de 26 de abril de 2012.

JUNHO/2018 29/06/2018 208 199,86

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

QUANTIDADE	UNIDADE	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM
18195	KWH	22/06/2018	
17987	KWH	23/05/2018	
1,000	CONSUMO DE MANTENÇÃO	25/07/2018	
208	CONSUMO MÊS	20/06/2018	
208	CONSUMO FATORADO	22/06/2018	

NORMAL 30

COMERCIAL MONO A1418740 3.5.3.1 310

DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
MAI/18	211 CONSUMO 208 A R\$ 0,866912 =	180,31
ABR/18	159 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,80
MAR/18	307 CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,46
FEV/18	224 MULTA POR ATRASO 05/18-00	3,48
JAN/18	271 JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00	0,81
DEZ/17	314 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,56
NOV/17	416 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	7,52
OUT/17	385	
SET/17	435	
AGO/17	353	

TARIFA DE DISTRIBUIÇÃO
0 A 200 - 0,000000

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
- Norte - CEP: 64.000-235

LIGUE 0800 086 0600 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 20/06/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESUMO DO FISCAL: **5A86.EF6B.D6D7.E2EC.0882.4DF3.2E19.067A**

DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
Taxa de Distribuição	35,21	Taxa de Consumo	180,31
Taxa de Transmissão	66,96	Taxa de Iluminação	27,00%
Taxa de Manutenção	10,53	Taxa de Correção Monetária	48,68
Taxa de Juros	10,67	Taxa de Multa	1,47
Taxa de JUROS	56,94	Taxa de Juros	6,79

5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03
0,00 0,00 0,00

TERESINA-MACAUBA 04/2018 46,37

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 757 - Centro Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-235 - Teresina - PI

MP de Nota Fiscal: **007516126 FCM**

83620000001 3 99860017000 0 00000000051 3 86970618003 8



SEQ.: 00055 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 22/06/2018 T.ENTR.: 09
LEITURA: 18195 NORMAL TOTAL: 199,86 CARGA: 019
DT.VENC.: 29/06/2018 IRREC.: 000 COL.ETC.: 218

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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.

DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO E REGISTRO
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2018
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coentro de Resende, 465 Loja C
7 - Norte - CEP: 64.000-000

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Filho Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 556.729.482 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Antonio Filho Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 556.729.482 / 00, 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>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 9534-6565</u>

Teresina, 28 de Junho de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Documentacao medico - hospital:



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antônio Carlos do Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 283722

SESPRODORR LINER DEPT DE 10/10/2017 Hora: 11:45 T 375472

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".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NHE 04405736
25.10.20

Imp: 02/05/2016 22:07:06
User: MARILENE SIQUEIRA
(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS		Prontuário: 283727	
Mãe: MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO	Pai: ANTONIO PAULO DOS SANTOS		
End.Resid.: RUA MIGUEL COUTO Nº 1320 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64010-010			
Nascimento: 09/07/1963	Idade: 52a:10m:23d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 3211-9588
Responsável: O MESMO	CNS: 698000590567529		
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 156.729.482-00		
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)		
End.Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 540900	Data: 02/05/2016 22:01:16	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Sim
CID Secundário: V299		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: DAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MIE. ECG:15.		Profissional Clas. Risco: MARILENE SIQUEIRA SILVA CRM: 383564 Em: 02/05/2016 22:07:07	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 22:20)

<p><i>[Handwritten signature]</i></p>			
X mmHg	Pulso:	FC: bpm	
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Pr- fratura de tíbia distal e fíbula (E)
ao exame: sem déficit neurovascular aparente
sem outras lesões
ed. moderada*

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: :	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		040850543 Procedimento CID

[Handwritten signature]
Assinatura Paciente ou Responsável

[Handwritten signature]
Assinatura Profissional Médico

SEGURO LIDER DPUB DO 10/10/2017 hora: 11:43 - 375473

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

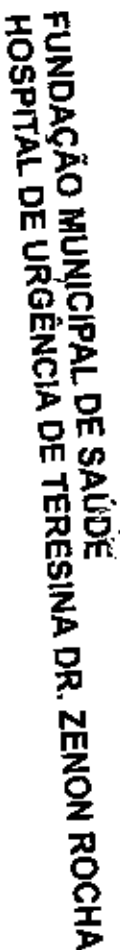
DATA 03/01/10

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRURGICO E OBSTETRICO

INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:	
ANESTESIA:	CPF Nº:	
AUXILIAR:	CPF Nº:	
CIRURGAO:	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Nº DA SALA:	02
DIAGNOSTICO:	UROROA:	
NOME DO PACIENTE:	CONTABILIDADE Nº:	553357

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINACAO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINACAO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LAMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUA Nº	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUA Nº	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	20		PAPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODAO	BOLA	-		PAPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PAPI TINTURA	ML	40	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 3CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	PREÇO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	01			UNID.	02	
503	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA	-	02	
CAT. GUT. SIMPLES CIAG					-	02	
CAT. GUT. SIMPLES SIAG							
CAT. GUT. CROMADO CIAG							
CAT. GUT. CROMADO SIAG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL							
WICRYL							
PROFENE							



SENDER: IDEN: DFVHT TO: 10/10/2017 14:43:55

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

MILITARY MEDICINE

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/01/16

NOME DO PACIENTE: <i>Quintiliano dos Santos</i>	PROFISSIONÁRIO Nº: <i>283727</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Proctite</i>	CIRURGIA: <i>Proctite</i>
ANESTESIA: <i>loque</i>	Nº DA SALA: <i>02</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. João Vitor da Silva Neto</i>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <i>Medico Ortopedista</i>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <i>Dr. Fernando C. da Silva</i>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <i>Leandra</i>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <i>nº 34</i>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <i>7,0</i>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <i>8,0</i>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	70	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº <i>20</i>	UNID.	01		<i>Cupom</i>	unid	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Elitros</i>	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Eslovas</i>	-	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Concursao</i>			
PROLENE							



Local de Atendimento	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 CID (código)	04 Hora do dia	05 Contato no local
	373	07/11/16	0009	21:31	21:48
Endereço	06 Endereços	07 Chegada ao 1º hospital	08 Chegada ao 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	RUA TIBÉLIO NUNES 27 OLAVO BILAC	21:15	21:15		
Paciente	10 Nome	11 Sexo	12 Idade	13 Indícios de ingestão de bebidas alcoólicas?	
	ELIAS	Masculino	32	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	
Tipo de Chamado	14 Tipo de ocorrência	15 - Outros	16 - Outros	17 - Já removido	18 - Falsa chamada
	01 - Acidente de trânsito 02 - Acidente de trabalho 03 - Acidente doméstico 04 - Acidente com fogo 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência ginecológica 14 - Transfusão 15 - Exames complementares		
Acidente de Trânsito	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motoциста 4 - Outros	1 - Automóvel 2 - Motoциста 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Outros	1 - Capacete 2 - Cinto de segurança 3 - Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow	24 Resposta verbal	25 Resposta motora	26 Sinais vitais	27 Local da lesão
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	3 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	3 - Obedece a comandos 4 - Localiza dor 3 - Movimento da redeja 2 - Flexão anormal 1 - Nenhum	Pulso Resp. PA TAX SatO2	
Assistência	28 Pupila	29 Dor	30 Escala de dor de 0 a 10	31 Fratura	32 Hospital de destino
	1 - Igual 2 - Desigual		0 Sem dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	
Hospital de Destino	33 Procedimentos realizados	34 Condições de entrada	35 Óbito	36 Observações Interdisciplinares	
	1 - Sim 2 - Não Aspiração Oxigênio Curativos Prensa longa/corta Cair cervical Knee Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
Observações Interdisciplinares	Resposta médica				
	Resposta enfermeira				

9/15/16 15:41:11 15/11/2016



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Antonio Aho da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fome Tumor BPH

Operação - Tipo

Prostatectomia + Penoscopia Externa

Cirurgião

Dr. Carlos Vaz de Oliveira
CRM-PI 3054

1º Assistente

Dr. Fernando C. S. Costa
CRM-PI 3054

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

03/05/76

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Ovarios e Bólios
e fístulas. Fome importante
necessitando de prótese interna

Relatório Imediato do Patologista

Ø

Acidente Durante a Operação

Ø

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente sob anestesia. Ano pro e Anterior
Prostatectomia
Prostatectomia em Delta Tumor BPH.
Ligadura de fístulas.
Amostras

Dr. Carlos Vaz de Oliveira
CRM-PI 3054

WA

SEMPRE LIDER DEPART DO 10/10/2017 hora: 11:43 - 375477

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE ANTONIO FILHO DA SILVA					Nº DE REGISTRO	
DATA: 03/05/16	P. ARTERIAL: 120/75	PULSO: 88	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS 5 (1)	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-LITO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100					NEOARINSA 0,2 PAINAL 2 sup ANTIBIOT 3 sup CETAZOLONA 0,2 ATROPINA 0,2 EPINE 0,2 sup
TEMPERATURA T	38	260	240	220	200	180
P. ARTERIAL V O PULSO	98	98	98	98	98	98
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS APR 13/14 DOU 26 1/2 h 1/2 h						INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES DO UMBILICO NA FASE DA VIDA E PEXAO						
CIRURGIÕES DR LHO						
ANESTESISTAS DR JOE MARLONE FERREIRA						
PARTICULARIDADES JOE 20 MAR 2016 10:00 AM						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

José Marlon Ferreira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-PE 1.733

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATÓRIO, NÃO SENDO OBRIGATÓRIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

ANTONIO FILIPE DOS SANTOS

NUMERO DO SINISTRO

DN: 09.07.63

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

02.05.16

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

02.05.16

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

OZIEL CARLOS S. LIMA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA
FISURA DA ESQUELETA (FRATURA)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

FEITO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COM
PARAFUSOS E PLACAS METÁLICAS

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO
EM CASO POSITIVO DESCREVER

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO
- () A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

GRAU DE INCAPACIDADE, E CÉLULA DE COMPARAÇÃO

2º

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTIR E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

ASSINATURA

Dr. Oziel Carlos
Clínico Geral e Dermatologia
CRM 2474-PT

ANEXAR CÓPIAS DE PROTOCOLOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

SECRETARIA LIDER DPJRT DO 10/10/2017 Hora: 11:41 - 375464

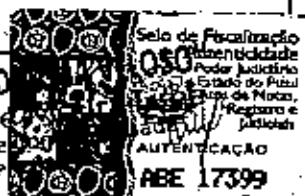
CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Taboão
Rua Barroso, 91/Sul - CEP 64001-140 - Teresina - PI - Fone: (86) 3221-6665

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA
Nestas Notas Dou Fe Teresina-PI, 04/10/2017

Rosenir de Moura Lima
ROSENIR DE MOURA LIMA-Escrevente Autorizada
Empl.:2,32 TJ:0,46 Selo:0,25 Total:3,03 Selo:ABE.17399 (F38DP307)

CARTÓRIO "D
Rosenir de
Escrevente
Te



04/10/2017
11:41:41



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Antônio Carlos da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 283727

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".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

231

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 02/05/2016 22:07:05

(User: MARILENE SIQUEIRA)

(Estação: ACC01)

Nome: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

Prontuário: 283727

Mãe: MARIA EMILIA DO ESPIRITO SANTO

Pai: ANTONIO PAULO DOS SANTOS

End.Resid.: RUA MIGUEL COUTO Nº 1320 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64010-010

Nascimento: 09/07/1963

Idade: 52a:10m:23d

Sexo: Masculino

Fone: 86- 3211-9588

Responsável: O MESMO

CNS: 898000590567529

Profissão: MOTO TAXISTA

Documento: CPF: 156.729.482-00

Instrução: Médio Completo

E.Civil: Casado(a)

End.Local.: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 540900

Data: 02/05/2016 22:01:16

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Convênio: S U S

Cid.Trab.: Sim

Acid. Trajeto: Não

Acid. Trab. Típico: Sim

CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma:

Evento Principal:

Destino:

Classificação:

DAS Dor moderada

ORTOPEDISTA

Amarelo

Pre História:

Profissional Clas. Risco:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MIE.

0:15.

MARILENE SIQUEIRA SILVA

COREN 395544

Em: 02/05/2016 22:07:05

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 22:20)

DEPARTAMENTO DE SINUSITIS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2018
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
7 - Norte CEP: 64011-000

Dr. Rafael Levi Loucheud S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

X mmHg

Pulso:

FC: bpm

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx: patela de tíbia distal e fíbula (E)
ao exame: sem déficit neurovascular aparente
sem outras queixas
col. transverso

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: :

042850543
Procedimento

5823
CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico

Roceldo Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3531/CRM-MA 6487

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATORIO, NÃO SENDO OBRIGATORIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

NUMERO DO SINISTRO

Antonio Filatos Das Salas

DN = 09.07.67

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

17.05.17

DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

Oziel Carlos Barbosa Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA
FIBULA DA ESQUERDA - RATADA

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Feito pluriosteomieloma cirúrgico
com pinos furar e placas metálicas

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO
EM CASO POSITIVO DESCREVER

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM () NÃO



COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO
- () A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º GRUPO ACIDENTADA, ELETRO DA
- 2º CIRCULATÓRIA FURADA DO MANTO
- 3º INFILTRAÇÃO ESQUERDA
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTIR E/OU AVALIAR
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO CORRE

VITIMA NO PERÍODO DE
LISTAS E VERDADEIRAS.

THE-P

LOCAL

24.11.17

DATA

Dr. Oziel Carlos
Clínico Geral e Dermatologia
ASSINATURA 2474-DI

ANEXAR

CÓPIAS DE PROTOCOLOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 02/05/2016 do (a) paciente ANTONIO FILHO DOS SANTOS o(s) seguinte(s) dado(s) abaixo:

1. Endereço : onde consta RUA MIGUEL COUTO Nº 1320 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI-CEP: 64010-010 para RUA MIGUEL COUTO Nº 2445- LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP 64023-550

Teresina, 21 de Junho de 2018

Fabio Marcos de Sousa
Diretor Técnico - HUT

CRM: 3336





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>Antonio Filho das Santos</i>		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES		
02	<i># Entada para tubal D + fumaça</i>			<i>Diagnóstico clínico mantido</i>		
25	1. DIETA LIVRE, <i>alco</i> , <i>até 2:00h</i>			<i>paciente presente de E</i>		
16	2. SG5% 500ML + SF0,9% 500ML EV EM 12H			<i>sem déficit nutricional</i>		
23:15L	3. DIPIRONA 2ML+AD EV 6/6H			<i>aparente</i>		
	4. TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H			<i>ad: vida pacífica</i>		
	5. TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS			<i>Observado por operatório</i>		
	6. CCGC			<i>Resolvido Res</i>		
	<i>Guarida Amarelo com Dr. Celso Vaz</i>			<i>23:40 horas</i>		
	<i>Resposta satisfatória por prescrição</i>			<i>ms b g d w 18-</i>		
				<i>03:45W 6-lyad 666</i>		
				<i>03/05/16</i>		
				<i>As 7:20h - AA Centro Cirúrgico</i>		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
7 - N.º 64 (111)



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/05/16

NOME DO PACIENTE:	Autarotikods Juntos	PRONTUÁRIO Nº:	283727
DIAGNÓSTICO:	fístula perianal	CIRURGIA:	Externa
ANESTESIA:	home	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Caio Vitor de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Leandra	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	70	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Cupom	und	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Elitrodos	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Esclavas	-	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Concurato		
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente foi admitido - Ano pie e Anquise
Pielite Incurável
Procedimento em Delta Torso G.
Ligadura de fêmur
Amotino

Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054



Paciente : ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Médico :
Convênio : PROANÁLISES

Registro : 034078
Idade : 52A e 11M
Data : 23/06/2016

RX DIGITAL DA PERNA ESQUERDA (2INC)

RELATÓRIO

- Fraturas completas, oblíquas, não consolidadas, extrarticulares, localizadas nas metáfises distais da tíbia e fíbula.
- Fratura oblíqua, alinhada, extrarticular, em consolidação, localizada na metáfise proximal da fíbula.
- Interlinhas e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.
- Estruturas metálicas para fixação externa na tíbia e ossos do tarso.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. Status pós-cirúrgico.
2. Fraturas completas, oblíquas, não consolidadas, extrarticulares, localizadas nas metáfises distais da tíbia e fíbula.
3. Fratura oblíqua, alinhada, extrarticular, em consolidação, localizada na metáfise proximal da fíbula.



Dr. Cesar Hamilton A. Soriano
CRM-PI 2835 Radiologia

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FILHO DOS SANTOS** (Prontuário: 283727)
Endereço: RUA MIGUEL COUTO Nº 1320 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64010-010
Nascimento: 09/07/1963 Idade: 52a.11m.21d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 161246
Requisição: 632530 Solicitação: 03/05/2016 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 793173 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 231 LEITO 230

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 03/05/2016

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas nas diafises distais da fíbula e tíbia.
- Imobilização por aparelho metálico externo.

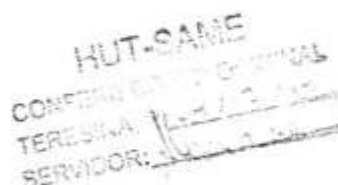
(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 30/06/2016

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

FINALIDADE: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATORIO, NÃO SENDO OBRIGATORIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

NUMERO DO SINISTRO

Antonio Filhos Das Salgas

DN = 09.07.63

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO

17.05.17

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

Oziel Carlos Barbosa Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA
FIBULA DA ESQUERDA - RACHADA

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Feito procedimento cirúrgico com pinos e placas metálicas

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO EM CASO POSITIVO DESCREVER

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO



COM RELAÇÃO A INVALIDEZ POR

SE CONCLUIR QUE:

- () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO
- () A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA

PARCIAL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO OU NA POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUN

IONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º GRUPO A CÉLULA, ELETRO DA
- 2º CÉLULA DO MEMBRO
- 3º INFILTRAÇÃO ESQUERDA
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTIR E/OU AVALIAR QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO CORRETAS E VERDADEIRAS.

VITIMA NO PERÍODO DE

A _____ E _____

THO-P

24.11.17

LOCAL

DATA

Dr. Oziel Carlos
Clínico Geral e Dermatologia
ASSINATURA 2474-PJ

ANEXAS

CÓPIAS DE PROTOCOLOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATORIO, NÃO SENDO OBRIGATORIA A SUA APRESENTAÇÃO

NOME COMPLETO DA VITIMA

Antonio Filho dos Santos

NUMERO DO SINISTRO

02.05.16

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

02.05.16

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

02.05.16

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

Oziel Carlos Silva

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Tratado de fratura de escápula
Tubula de escápula (tratada)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Feito procedimento cirúrgico com
placas e parafusos

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO
EM CASO POSITIVO DESCREVER

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ POR

DE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO

PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO

() A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA

INEXISTENTE A POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNÇÃO

ONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

1º

2º

3º

4º

5º

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 JUL. 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
2.ª ANDAR - CEP: 64.000-000

AFIRMO QUE ASSISTIR E/OU AVALIAR A VITIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO CONSIDERADAS VERDADEIRAS.

DATA

01.07.16

Dr. Oziel Carlos
Clínico Geral e Dermatologia
ASSINATURA CRM 2474-PI

LOCAL

ANEXAR

FOTÓGRAFIAS DE PROTOCOLOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

Paciente : ANTONIO FILHO DOS SANTOS
Médico :
Convênio : PROANÁLISES

Registro : 034078
Idade : 52A e 11M
Data : 23/06/2016

RX DIGITAL DA PERNA ESQUERDA (2INC)

RELATÓRIO

- Fraturas completas, oblíquas, não consolidadas, extrarticulares, localizadas nas metáfises distais da tíbia e fíbula.
- Fratura oblíqua, alinhada, extrarticular, em consolidação, localizada na metáfise proximal da fíbula.
- Interlinhas e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.
- Estruturas metálicas para fixação externa na tíbia e ossos do tarso.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. Status pós-cirúrgico.
2. Fraturas completas, oblíquas, não consolidadas, extrarticulares, localizadas nas metáfises distais da tíbia e fíbula.
3. Fratura oblíqua, alinhada, extrarticular, em consolidação, localizada na metáfise proximal da fíbula.



Dr. Cesar Hamilton A. Soriano
CRM-PI 2835 Radiologia

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATORIO, NÃO SENDO OBRIGATORIA A SUA APRESENTAÇÃO

NOME COMPLETO DA VITIMA

NUMERO DO SINISTRO

Antonio Carlos dos Santos

em 02.07.16

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

02.05.16

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

02.05.16

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

Oziel Carlos Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura da tíbia e fíbula
Tíbia do osso da perna (fratura)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Feito procedimentos cirúrgicos com
placas e parafusos

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO
EM CASO POSITIVO DESCREVER



COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO
- () A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Fratura da tíbia e fíbula da perna direita
- 2º Fratura da tíbia e fíbula da perna esquerda
- 3º
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTIR E/OU AVALIAR A VITIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E
QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

01.07.16

Dr. Oziel Carlos
Clínico Geral e Dermatologia
ASSINATURA CRM 2474-PI

ANEXAR

FOTÓGRAFIAS DE PROTOCOLOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA