

Browser tabs: Email - Reinald... x, Zimbra: Entrad... x, Combine arqu... x, Controle de d... x, Audiências x, PJ - Consulta proc... x, PJ 0800244-85.20... x, PJ 0802726-06.20... x

Address bar: Não seguro | tpi.pjeus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detail/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=415973&ca=3738a57a31baecc4a2f62...

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

Header: ProOrd 0800244-85.2020.8.18.0140
DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO ...

Breadcrumb: 8727547 - CONTESTAÇÃO (2699896 CONTESTACAO PROTOCOLADA 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 09/03/2020 14:55:00

Left Panel (09 Mar 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 8727337 - CONTESTAÇÃO
 - 8727547 - CONTESTAÇÃO (2699896 CONTESTACAO PROTOCOLADA 01)
 - 8727556 - Documentos (2699896 CONTESTACAO PROTOCOLADA Anexo 02)
 - 8727567 - Documentos (Anexo 03 sub atos procuracao compressed)
 - 8727568 - Documentos (GARTIA DE PREPOSTOS)
 - 8727569 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

00 Mar 2020: DECORRIDO PRAZO DE DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR EM 04/03/2020 23:59:59.

19 Feb 2020

Main Document (downloadBinario.seam 1 / 10):

2699896- CJ/ 2020-00848/ A CLASSIFICAR

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08002448520208180140

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

Taskbar: PT, 14:55, 09/03/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08002448520208180140

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 **DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR**, 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 **17/05/0019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 21/05/2019.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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.

DO MÉRITO

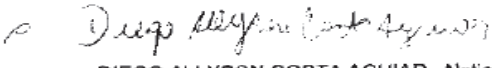
DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Primeiramente, analisando o referido documento, o mesmo encontra-se incompleto, não havendo como se comprovar a dinâmica dos fatos e nem mesmo a autoria do referido documento, já que não se observa nem identificação do noticiante, nem da autoridade policial, pondo em dúvida a origem e autenticidade do B.O.:

RELATO DA OCORRÊNCIA	
RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 FAN , ANO 2016/2017, PLACA PIW-3320, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR , RELATA QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA DUQUE DE CAXIAS , QUANDO O VEICULO DE PLACA LVW-9683 AO PASSAR POR UMA LOMBADA PAROU LOGO DEPOIS SEM SINALIZAR , ONDE A VITIMA QUE VINHA LOGO ATRÁS NÃO TEVE COMO DESVIAR E COLIDIU NO VEICULO. ONDE A VITIMA SAIU LESIONADO, SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL RIO POTY, PRONTUÁRIO 8095747, FATO TESTEMUNHADO POR JOYCE KELLY SALES OLIVEIRA, CPF 031.477.883-77.RELATA A VITIMA QUE OS FAROIS E PISCA ALERTA ESTAVAM DESLIGADOS. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.	
 Almiralce Ribeiro Lybre Carlos - Mat. 0097616 AGENTE DE POLÍCIA Escritório de Polícia	 DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR - Noticiante Responsável pela Informação

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;

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, conforme laudo abaixo:

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)

Administradora de Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO		
Número: 3190491819	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR	Data do acidente: 17/05/2019	Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA
Data da análise: 02/09/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.01/02/03/19
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações: IMAGEM P.13
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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

“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 17/05/0019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	05/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000019907-0

Nr. da Autenticação 044C4751D756C4D5

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

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

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

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

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.

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.”

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA 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

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.

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

⁷ **art. 1º. (...)**

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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, **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, 27 de fevereiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR**, em curso perante a 1ª **VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08002448520208180140.

Rio de Janeiro, 27 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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
cepisa

Av. Maranhão 759 - Centro/SJ - Teresina - PI
CEP: 64.007-45/0001-88 | Insc. Estadual: 19.301.385-2
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 3-1
Regime especial de Imposto de Renda de Pessoa Física (REDAZ 06/98)

Para facilitar
o acesso, informe
o seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO
0715623-5

Nº da Nota Fiscal: **024561443**

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

CONTA MÊS
JULHO/2019
VENCIMENTO
23-07-2019

CONSUMO (kWh) **164**
TOTAL A PAGAR (R\$) **163,16**

MARIA SALES MACHADO
R. PROF. BARRETO CORDEIRO 5204 MOCAMBIMHO
CPF: 00020773684387
CEP: 64.010-600 - TERESINA

ROT: 11.001.42.16.020500

DADOS DA LEITURA

Item	2015	Atual	16/07/2019
Atual:	1851	14-06-2019	
Anterior:	1,000	14-06-2019	
Constante de Multiplicação:	164	15-07-2019	
Consumo Medido:	164	Emissão:	16-07-2019
Consumo Faturado:	164	Aprovação:	16-07-2019
Forma de Pagamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fel.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2112792		1.1.1.1	163

DESCRIÇÃO DA CONTA

Mês/ano consumo	CONSUMO	164 A R\$ 0,866899 =	142,17
JUN/19	152	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSP)	12,25
MAI/19	201	BONUS ITAIPU - ART. 21, LEI N.	1,46
ABR/19	170	DOACAO LBY - 0800 055 5099	7,00
MAR/19	168	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00	0,21
FEV/19	168	MULTA POR ATRASO 06/19-00	2,76
JAN/19	153	JURGS POR ATRASO 06/19-00	0,21
DEZ/18	179	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,22	1,22
NOV/18	185		
OUT/18	179		
SET/18	161		

THIAGA SEM TRIBUTOS:
R\$ 164 - 0,866899

PJ CORRETO
DE SEGUROS
21 AGO 2019
DPVAT

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 15-07-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 98A4.CC92.3010.08BA.B4CD.18D5.77C7.FAFA

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	29,88
Energia:	57,73
Transmissão:	9,76
Encargos:	4,78
Tributos:	40,02
Base de Cálculo:	142,17
Alíquota ICMS:	22,00%
Valor do ICMS:	31,27
Valor do PIS:	1,40%
Valor do COFINS:	6,48%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	ERC			FIC			DNOC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,96		
Realizado	0,00							

material
ENERGIA
cepisa

CUMPRIMENTO RESOLUÇÃO DO PRODI
Ao Abastecimento T20 - Companhia Sul - Teresina - PI
Cidade: 64074-900 - Rua: Estrela, 1031, 3º andar
Núcleo: 3 - Centro de Integração Empresarial - CEP: 64074-900
Bairro: 3 - Centro de Integração Empresarial - CEP: 64074-900

Para contato
compreensão, utilize o
seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

1722284-2

Nº da Nota Fiscal

023995327

Companhia de Energia Elétrica - TSEE foi criada
em 1943 e em 26 de abril de 2002.

CONTINUA VENCIMENTO CONSUMO (KWH) TOTAL A PAGAR (R\$)

JULHO/2019 12-07-2019 30 20,14

AFONIO FLOIANO DE SOUSA
R. TRANVANVIN FEITOSA QD C2 CASA 23 PARQUE BRASIL
Cidade: 000347:2912300
Cidade: 64 012-000 - TERESINA

ROT: 4.001.48.17.018570

Atual:	0	Atual:	06/07/2019
Anterior:	0	Anterior:	12-06-2019
Consumo de Multa (aprox):	1,000	Próxima Expiração:	05-08-2019
Consumo Médio:	0	Emissão:	04-07-2019
Consumo Faltante:	30	Apresentação:	06-07-2019
Nome do Inquilino:	FCAM	Data do Consumo:	24
Nome do Inquilino:	Código de Inquilino:		

MINIMO

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Tel.	Média 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

RESIDENCIAL	MONO	1761030807	1.1.1.1	0
-------------	------	------------	---------	---

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 30 A R\$ 0,671578 = 20,14
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,00

JUL/19 €
AUG/19 €
SET/19 €
OUT/19 €
NOV/19 €
DEZ/19 €
JAN/20 €
FEB/20 €
MAR/20 €
ABR/20 €
MAY/20 €
JUN/20 €

TAXA DE SERVIÇO: 0,671578

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

FATURADO PELO MENINO C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO
A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/10 ANEEL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 04-07-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

PI CORRETORA
DE SEGUROS

21 AGO 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.533/98.

Pelo exposto, eu Antônio Flávio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 347-229-1231-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Diego Allyson Costa Aguiar inscrito (a) no CPF sob o Nº 054-860-0131-98

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Diego Allyson Costa Aguiar

inscrito (a) no CPF sob o Nº 054-860-0131-98 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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 Trautwein Feitosa 200 2º andar</u>	Número: <u>23</u>	Complemento: <u>2059</u>
Bairro: <u>Pauzeiro Brasil</u>	Cidade: <u>Trêsina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>84012-095</u>	Tel (DDD): <u>86-99498-2980</u>

Local e Data: Trêsina 20-08-2019

Antônio Flávio de Souza
Assinatura do Declarante

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 09:48

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

DT. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59162072

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO

Leito: 184212/11

Profissional(is): MARGIO BATISTA DE CARVALHO CRM 5047-11

Nº: 38650819 17/05/2019 às 09:48

DADOS DO PARECER

Parecer

paciente com dor no punho d após acidente de trânsito

[1]

ef: dor, edema, deformidade, redução funcional

rx fratura do radio distal

cd: internação para cirurgia
imobilização
medicação

*Dr. Márcio Batista de Carvalho
CRM 5047-11*

CO CORRETORA
DE SEGUROS
21 AGO 2019
DPVAT

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 07:12

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR	Dt. Nasc.: 28/08/1991	Atendimento: 59162072	Prontuario: 8095747
Convenio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 184212/11	
Profissional(is): SILMAR GUERRA MOREIRA CRM 4182 [1]		Nº: 38642774 17/05/2019 às 06:58	

ANAMNESE

Queixa Principal

FRATURA LUXAÇÃO DE PUNHO ESQUERDO COM PROGRAMAÇÃO
CIRÚRGICA PARA CORREÇÃO

[1]

PJ CORRIGIDA
DE SEGUROS

21 AGO 2019

DPVAT

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
EM, 21/05/19
ASSINATURA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 12:57

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59174389

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP

Leito: SL-1/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 5047.1132.32 Nº: 38662587 17/05/2019 às 12:48

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Clínico

S525

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S525

[1]

ANESTESIA

Hora De Inicio

13:00

[1]

Hora De Término

13:40

[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

17/05/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

12:48

[1]

Cirurgia

tratamento cirurgico de fratura do punho esquerdo

[1]

Cirurgião

dr marcio batista

[1]

Descrição Cirúrgica

1- paciente em ddh sob bloqueio e sedação
2- assepsia, antissepsia, campos estéril
3- via de acesso de henry, divulsao por planos, hemostasia
4- redução cruenta, passagem de fios de stelman para manter redução
5- colocação de placa em T e parafusos
6- controle radiológico, suturas, curativo esteril, imobilização

[1]

Códigos Dos Procedimentos

30710095

[1]

DPV
21 AGO 2019
PJ CORRETO
DE SEGURO
MARCIO BATISTA DE CARVALHO
CRM 5047.1132.32

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ANTAK		ROCEFIN 1g	
ADRENALINA amp		RAPIFEN	
ATLANSIL 150 mg/ml		SEVORANE	
ATROPINA 0,25 mg/amp		SOLU-CORTEF 500 mg	
BICARBONATO DE SÓDIO amp		SUFENTA ml	
CLONIDIN 150 mg		TRANSAMIN	
CLORETO DE POTASSIO 10% amp		THIONEMBUTAL 0,5 mg	
CIPRO 200 mg FR		TRAMAL 100 mg	01
CLEXANE 20 mg/amp		TRIDIL 50 mg	
DECADRON 4 mg FR 2,5 ml	01	TRACRIM 25 mg/amp	
DIAZEPAN 10 mg		ULTIVA 2 mg	
DIMORF 0,2 mg/ml Amp. (1ml)		XILOCAÍNA amp S/AD 5 ml 2%	
DIMORF 10 mg		XILOCAÍNA C/A 2% ml	
DIPRIVAN amp 20 ml		XILOCAÍNA PESADA 5% amp	
DIPRIVAN seringa 50 ml PFS		XILOCAÍNA S/A 2% ml	1
DIPIRONA amp	02	XILO-GEL	
DRAMIN B6 DL IV			
DOLANTINA amp			
DOPAMINA			
DORMONID 15 mg/amp	01		
DOBUTREX amp			
EFORTIL amp			
ERGOTRATE 0,2 mg/amp			
ESMERON		SORO	QTE
FLAGYL 500 mg		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	03
FENTANIL amp	01	SORO-GLICOSADO 0,5% 500 ml	
GLUCONATO DE CALCIO		SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml	
FORANE		SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 500 ML	
HIDROCORTIZONA 500 mg		SORO RINGER LACTATO 500 ml	
HALOTHANO		SOL. MANITOL 20% 250 ml	
HEPARINA		FRUTOSE	
HYPNOMIDATE 2 mg/ml		VOLUVEN	
INOVAL amp			
IPILON 1g			
KEFAZOL fr/amp	02	SANGUE / HEMODERIVADOS	QTE
KEFLIN amp		PLASMA	
KETALAR ml		SANGUE	
LANEXAT amp		PAPA DE HEMÁCIAS	
LASIX amp		ALBUMINA	
MARCAÍNA C/A 0,5% amp			
MARCAÍNA PESADA amp			
MARCAÍNA S/A 0,5% amp			
METHERGIN amp			
MILPERIDOL amp		MATERIAIS DESCARTÁVEIS	QTE
NIMBIUM 10 mg		CATETER VENOSO	01
NAUSEDRON 8 mg	01	EXTENSOR	
NARCAN amp		EQUIPO DE SORO	01
NAROPIN amp		SONDA ASPIRAÇÃO	
NIPRIDE amp		SONDA TRAQUEAL	
NORADRENALINA		AGULHA P/ PERIDURAL	
NORCURON		SONDA NASOGÁSTRICA	
NUBAIN amp		AGULHA P/ RAQUE	
OMEPRAZOL 400 mg FR		TORNEIRA TRÊS VIAS	
ORASTINA amp 5 UI/ml		EQUIPO DE BOMBA	
PAVULON amp		EQUIPO DE BOMBA FOTO	
PLAMET amp		AGULHA STIMOPREX	
PLASIL amp			
PROFENID IV	01		
PROSTIGMINE amp 0,5 mg			
QUELGIN 100 mg/ vd			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesiologista - CRM

 Dr. Irailo Hipólito B.T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM 5053 / RQE 2968

Justificativa Médica

FICHA DE ANESTESIA

Hospital

Rio Poty

Nome: Diego Allyson Costa Arian Data: 17.05.19
 Idade: 27 Sexo: F () M (X)
 Prontuário: _____ Convênio: Harvid
 Diagnóstico: Fratura punho
 Cirurgia: TC Fratura punho Anestesia: Blq. Plexo braquial
 Cirurgião: Marcelo ASA: II

A	HORA	
G	O ₂	
E	N ₂ O	
N	Ar	
T		
E		
S		

LÍQUIDOS SE SE SE

CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂ : <u>100-100-100-100</u>				
ETC O ₂ :				
PVC				
220				
200				
180				
160				
140				
120				
100				
80				
60				
40				
20				

DROGAS					EVENTO			
1	CEFAZOLINA 3g	9			A	Blq. Plexo braquial 10ml		
2	Propofol 100mg	10			B	Ins. guelad. por US. eqt.		
3	Decadron 8mg	11			C	Alb. A-150, administrado		
4	ALBIFRAN 8mg	12			D	30ml Lidocaina 1% EV +		
5	RAMOL 100mg	13			E	Ranitidina 0.375g		
6	Dipirona 2g	14			F			
7	DORMONID 25mg	15			G			
8	FENTANIL 100mcg	16			H			
9		17			I			
10		18			J			
LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	SALINHO	Entubação:	Oró	Naso	Sonde:
SE 0.9%	1200 ml				Respiração:	Espon.	Assist.	Mecân.
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição:	Dorsal	Local da Punção:	
					Aguilha:	A-50	Técnica:	Blq. PLEX
					Início:	13:10h	Fim:	14:00h
					Duração:	50 min		

Condição final op: Alerta, Eupneico e Estável

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesiata - CRM

Dr. João Hipólito B.T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM 5053 / RQE 2968

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 12:22

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR Dt. Nasc.: 28/08/1991 Atendimento: 59174389 Prontuário: 8095747
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO, MEDICO CRM 50471 Nº: 38680902 17/05/2019 às 12:18

IDENTIFICAÇÃO

Nome	DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR	[1]
Sexo	Masculino.	[1]
Idade	27 A 8 M	[1]
Data De Nascimento	28/08/1991	[1]
Nº Atendimento	59174389	[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
----------------	---	-----

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal	tratamento cirurgico de fratura do punho esquerdo	[1]
-----------	---	-----

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias	2 Dias	[1]
---------------	--------	-----

Handwritten signature and stamp

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 12:22

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59174389

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP

Leito: SL-1/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO, MÉDICO, CRM 50471/17 Nº: 38660902 17/05/2019 às 12:18

IDENTIFICAÇÃO

Nome

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

[1]

Sexo

Masculino

[1]

Idade

27 A 8 M

[1]

Data De Nascimento

28/08/1991

[1]

Nº Atendimento

59174389

[1]

DADOS DO PACIENTE

MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

CID10 Primário

S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

[1]

COMORBIDADES

GRAU DE INDEPENDÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Principal

tratamento cirurgico de fratura do punho esquerdo

[1]

OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES

ALTA HOSPITALAR

Total De Dias

2 Dias

[1]



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

18/05/2019 05:52

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR	Dt. Nasc.: 28/08/1991	Atendimento: 59174389	Prontuário: 8095747
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 113-RP/1	
Profissional(is): CRISLENE DA CRUZ CAMPELO COREN 657227 [1] JAMES OLIVEIRA DA SILVA COREN 999534 [2] VALDENISE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 273400 [3]		Nº: 38675108 17/05/2019 às 16:48	

DADOS DO PACIENTE		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE		
Hora	19:00hs	[3]
Hora		
Descrição	Paciente segue sem queixas no momento, consciente, orientado, em AVP em MSD, segue sob cuidados da enfermagem.	[3]
Hora	22:00hs	[3]
Hora		
Descrição	Realizado medicações de horário.	[3]
Hora	00:00hs	[3]
Hora		
Descrição	Realizado medicação de horário, verificado SSVV, PA 12/8; P 75; R 20; TAX 36; SAT 100	[3]
Hora	06:00HS	[3]
Hora		
Descrição	Realizado medicações de horário, Verificado SSVV; PA 12/8; P 73; R 19; TAX 36; SAT 100	[3]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
Administração de Medicamentos e Medidas de Suporte	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 17:14, EM 17/05/2019 POR JAMES OLIVEIRA DA SILVA, COREN/PI 999534.	[2]
Administração de Medicamentos e Medidas de Suporte	PROFENID IV FRAP 100MG EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 18:36, EM 17/05/2019 POR CRISLENE DA CRUZ CAMPELO, COREN/PI 657227.	[1]
	DIPIRONA AMP AMPL 1000MG EV 1/4 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 18:37, EM 17/05/2019 POR CRISLENE DA CRUZ CAMPELO, COREN/PI 657227.	
Administração de Medicamentos e Medidas de Suporte	CEFAZOLINA SODICA FRAP 1GR EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 22:39, EM 17/05/2019 POR VALDENISE COSTA DOS SANTOS, COREN/PI 273400.	[3]
	PLAMET AMPL 10MG EV 1/3 PREPARADO E ADMINISTRADO AS 22:40, EM 17/05/2019 POR VALDENISE COSTA DOS SANTOS, COREN/PI 273400.	

Valdenise Costa dos Santos
Valdenise Costa dos Santos
COREN - PI: 273.400 - TE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59174389

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: POSTO 1A - HRP

Leito: 113-RP/1

Profissional(is): DANIELA SEVERIANA GOMES DE LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 451665 [1]
RAFAELLA PLACIDO AMORIM CARDOSO, ENFERMEIRO(A), COREN 489888 [2] Nº: 38655132 17/05/2019 às 10:51

PACIENTE

Data De Admissão 17/05/2019

PRE-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Eletiva.

Data Da Cirurgia 17/05/2019

Procedimento Cirúrgico Proposto TT CIRURGICO DE FRATURAS E LUXAÇÕES

Pulseira De Identificação MSD.

Nome, dosagem, frequência NÃO

Alergia- Descrição NÃO

Tricotomia Sim

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Jejum SIM.

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento enfa rafaella

Hora 12:00

Sala sala 1

Condições Da Pele ao início da cirurgia integra

Início Da Anestesia 12:50

Término Da Anestesia

Início Da Cirurgia 13:00

Término Da Cirurgia 14:30

Instrumentador RUTE

Circulante THALITA

Posição do paciente durante o ato operatório DORSAL.

Membro Ou Lado A Ser Operado MSE

Número Inicial De Compressas 2 UD

Número Total De Compressas Inseridas 2 UD

Contagem Final De Compressas 2 UD

Exames De Imagem Sim

Clorhexedine Alcoólico Sim

Material NÃO

Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia INTEGRAL, COM FO SOB CURATIVO

Encaminhamento Do Paciente

Rafaella Placido Amorim Cardoso
COREN-PE 489.888 - Enf.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59174388

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: POSTO 1A - HRP

Leito: 113-RP/1

Profissional(is): DANIELA SEVERIANA GOMES DE LIMA ENFERMEIRO(A) COREN 451665-1/1 Nº: 38854901 17/05/2019 às 10:48
 RAFAELLA RILACIDO AMORIM CARDOSO ENFERMEIRO(A) COREN 489688-1/2

DADOS DA ADMISSÃO

Date Da Cirurgia 17/05/2019
 Hora Da Cirurgia 11:00
 Cirurgia ttº cirurgico de luxações e fraturas E

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Sector De Admissão Do Paciente centro cirurgico
 Identidade Do Paciente sim.
 Exames Complementares sim.
 Retirada De Adornos/Próteses sim.
 Paciente Refere Alergia SIM.
 Paciente Está Em Jejum SIM.

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente sim.
 Opme Checado Em Sala Cirurgica sim.
 Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica sim.
 Alergias Do Paciente São Conhecidas não se aplica.
 Medicções Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica sim.
 Kit Cirurgico Completo Em Sala sim.
 Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia sim.
 Sítio Demarcado Pelo Cirurgião sim.
 Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento sim.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função sim.
 Lateralidade Do Procedimento Esquerda.
 Paciente Certo sim.
 Sítio Cirúrgico Identificado sim.
 Procedimento sim.

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado sim.
 Checagem Completa Dos Equipamentos sim.
 Checagem Completa Das Medicções Anestésicas sim.
 Esterilização Do Material Confirmada E Validada sim.
 Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas sim.

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 11:36

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR Dt. Nasc.: 28/08/1991 Atendimento: 59174389 Prontuário: 8095747
Convênio: HAPVITA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

Profissional(is): RAFAEL P. P. AMORIM CARDOSO, ENFERMEIRO(A) COREN 465898 Nº: 38657501 17/05/2019 às 11:25

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

paciente admitido no centro cirurgico para correção de fratura de punho esquerdo, evolui consciente, orientado, contactuente, colaborativo, calmo, respirando espontaneamente sem aporte de O2 suplementar, pele normocorada, sem lesões, em uso de curativo com tala em mao, hemodinamicamente estável, abdome plano e indolor, dieta zero desde as 11hs de ontem, avp em mdg pervio, funcionando e sem sinais flogísticos, sem queixas ao momento.

[1]

ALERGIAS

Alergias

nega

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

S

[1]


Rafael P. Amorim Cardoso
COREN PI: 465.898 - Ent.

A.N. 5953202811
Ex: 31157306
UP_EXM

Im: 1
2364 X 2964
E



1023 C: 5.1

HOSPITAL RIO POTY

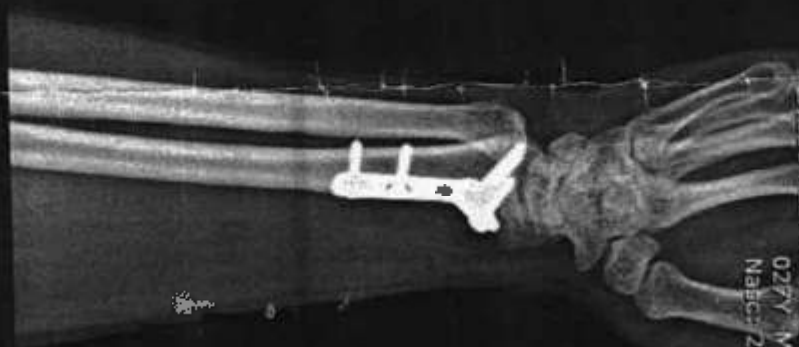
31/05/2019

09:27:34

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

027Y M 8095747

Nasc: 28/08/1991



53.65

A.N. 5953202811

Ex: 31157306

UP_EXM

Im: 2 / 2

2370 X 1770

E



1023 C: 5.1

HOSPITAL RIO POTY

31/05/2019

09:27:34

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

027Y M 8095747

Nasc: 28/08/1991

53.74



A. H. 2017-08-01
EX. 2017-08-01
IMP. 1.00
IMP. 1.00
IMP. 1.00

IMPRESSÃO 2017-08-01
IMPRESSÃO 2017-08-01
IMPRESSÃO 2017-08-01
IMPRESSÃO 2017-08-01
IMPRESSÃO 2017-08-01

E



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

18/05/2019 12:39

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR	Dt. Nasc.: 28/08/1991	Atendimento: 59174389	Prontuário: 8095747
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 113-RP/1	

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 504211 Nº: 38713113 18/05/2019 às 12:39

DIAGNÓSTICOS

CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]
CID10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]



P.A. 0000000000
P.A. 0000000000
P.A. 000
P.A. 000
P.A. 000

INDUSTRIAL 0000000000
INDUSTRIAL 0000000000
INDUSTRIAL 0000000000
INDUSTRIAL 0000000000
INDUSTRIAL 0000000000
INDUSTRIAL 0000000000



REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Página 1 de 1

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59174389

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: POSTO 1A - HRP

Leito: 113-RP/1

18/05/2019 13:15

Profissional(s): DAMIANA DA SILVA LEITE, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 273436 (1)

Nº: 38699686 18/05/2019 às 08:15

DADOS DO PACIENTE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

Hora

Hora

Descrição

RECEBO PACIENTE EM PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO "E", ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, BOA COMUNICAÇÃO VERBAL, EUPNEICO, CORADO, SSVV ESTÁVEIS, CURATIVO COM ATADURA EM REGIÃO RADIAL "E" LIMPO E SECO, AVP COM HV EM MSD, ACEITA DIETA OFERECIDA, SEGUE SOB CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Hora

Hora

Descrição

Pact. realizou banho de aspersão e hig. oral.

Hora

Hora

Descrição

Pact. aceitou almoço oferecido e verificado SSVV, administrado medicação de horário.

Hora

Hora

Descrição

Pact. recebe alta hospitalar após visita médica, realizado curativo e retirado acesso periférico por ordem médica.

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Damiana da Silva Leite
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR	Dt. Nasc.: 28/08/1991	Atendimento: 59174389	Prontuário: 8095747
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 113-RP/1	
Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO, MEDICO CRM 6047 (1) Nº: 38713119 18/05/2019 às 12:39			

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO		
Evolução Do Paciente	pos operatorio de fratura do radio distal esquerdo sem queixas	[1]
	cd: alta medicação orientações gerais	
CID 10	S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	[1]

Carla Maria de Carvalho


Paciente...: 8095747 DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Nascimento...: 28/08/1991 Sexo: M RG.: 2808529 SSP PI CPF.: 05486001398

Endereço...: R PROFESSOR BARRETO CORDEIRO 5264 VILA MOCAMBINHO TERES Tel.: 8699723886

Convenio...: HAPVIDA TERESINA

Matricula...: 02XWZ000179000018

RPA - RECUPERACAO

Solicitante: Dr(a) MARCIO BATISTA DE C

Queixa Principal:

PACIENTE DE 27 ANOS (FUNCIONÁRIO/COLABORADOR HAPVIDA), VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NA MADRUGADA, COLISÃO MOTO 2 CARRO. APRESENTANDO DOR IMPORTANTE, EDEMA E DESVIO DE EIXO EM PI

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS ESQUERDO

!^4N|B''

5917438931

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em rádio distal com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



UNIDADE ADMINISTRATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE TRÁFICO DE VEÍCULOS
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

PIAUÍ

DIEGO ALLISON COSTA AGUIAR

CPF: 054.860.013-98 **DATA NASCIMENTO: 28/08/1991**

PLACA: 1476229013

RENAL COSTA AGUIAR

PERMISSÃO: 03023620648 **VALIDADEZ: 04/03/2022** **PROBATORIO: 24/11/2010**

COLOCAÇÃO: A

Diego Allison Costa Aguiar

LOCAL: TERESINA, PI **DATA DE EMISSÃO: 02/06/2017**

88160320655
PI318905594

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1476229013

PROBADO PLASTIFICAR
1476229013

PI CORRETORA DE SEGUROS
21 AGO 2019
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PI 0020170365737 Nº 013405341930
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1106496660 R.N.T.R.C. 2018

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

05486001398 PLACA PIW-3320

9C2KCC2200HR022133

PAS/MOTOCICLO/HENRIKHA ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 FAN ESDI 2016 2017

002P/162CC PARTIC VERMELHA

1 COTA ÚNICA 1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 105,69 PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

A/FID ADMINISTRADORA DE CONS N

TERESINA 13/11/2018

ASSOCIADOS DO REGISTRO
DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, CU NAO SEGURO DPVAT

PI Nº 013405341930 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 05486001398 COTA ÚNICA 09

1106496660 HONDA/CG 160 FAN ESDI 2016

9C2KCC2200HR022133

PAS (R\$) 81,28 CUSTO DO BILHETE (R\$) 9,03

4,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,70

185,50 TOTAL BILHETE (R\$) 07/11/2018

SEGURODPVAT LIDER - DPVAT

0800 0800 022 1204

PJ CORP
DE SEGURO
21 Ago 2018
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491819 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.01/02/03/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.13

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491819 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.01/02/03/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.13

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Diego ALLYSON COSTA AGUIAR
RG: 2808529 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 054.860-013-98
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro Profissão: Artista
Endereço: R. Prof. BARNATO COELHO Nº 5204
Bairro: HOLOMUNDA Cep: 64.010-600 Cidade/UF: Teresina, PI
Telefone: (86) 99972-3686 () ()

OUTORGADO:

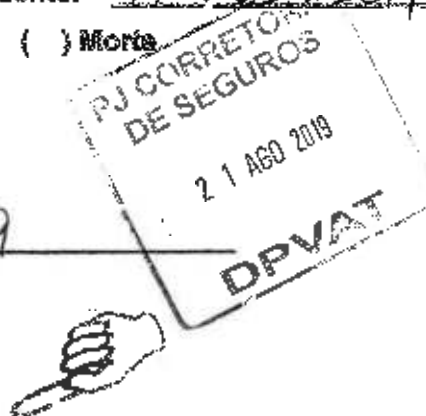
Nome: Antonio Floriano de Sousa
RG: 989071 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 347.220.123-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Travessa Felizes Q- C2 Nº 23
Bairro: Parque Brasil Cep: 64012-095 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 99408-2980 (86) 98112-3310 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia 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 DPVAT referente à:

Vítima: Diego ALLYSON COSTA AGUIAR
CPF: 054.860-013-98 Data do Acidente: 17.05.2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DABS () Morte

Teresina 20 de Agosto de 2019
Local e data

Diego Allyson Costa Aguiar
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

Cartório Teresina000000 Sampaio	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Liberdade Negativa, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina - PI - Fone: (86) 3211-6156 - E-mail: atendimento@cartorio000000 Titular: Anaelia Gonçalves da Sampaio Pereira
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR. DOB PE EM TEST. <i>Diego</i> DA VERDADE. Selo: AAM59729-2GSU Teresina-PI, 20/08/2019. www.tjpi.jus.br/portalexta .	
<i>Diego</i> Maria da Socorro de Carvalho de Sene-Escritante Autorizada Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:152 PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT	

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria da Socorro de Carvalho de Sene
Escritante Autorizada
Teresina - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288008/19

Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

CPF: 054.860.013-98

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR : 054.860.013-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
CPF: 347.229.123-00

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491819

Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003828**

Conta: **0000019907-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491819

Vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 054-860-013-98 4 - Nome completo da vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

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

5 - Nome completo: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR 6 - CPF: 054-860-013-98
7 - Profissão: PROF 8 - Endereço: Rua Prof Barreto Videira 9 - Número: 5204 10 - Complemento: 1054
11 - Bairro: Mocandinho 12 - Cidade: Itaúna 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.010-600
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 85 99498-2980

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

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

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

20 - RENDA ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 000199070
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itaúna PE 21/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001892/2019-42

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

Data/Hora: 21/05/2019 - 15:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

17/05/2019 - 01:25

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PRIMAVERA

Endereço

AV. DUQUE DE CAXIAS, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2808529

Mãe: MARLY COSTA AGUIAR

Endereço: RUA PROFESSOR BARRETO CORDEIRO, Nº 5284

Bairro: MOCAMBINHO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9972-3686

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 FAN , ANO 2016/2017, PLACA PIW-3320, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR , RELATA QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA DUQUE DE CAXIAS , QUANDO O VEICULO DE PLACA LVW-9683 AO PASSAR POR UMA LOMBADA PAROU LOGO DEPOIS SEM SINALIZAR , ONDE A VITIMA QUE VINHA LOGO ATRÁS NÃO TEVE COMO DESVIAR E COLIDIU NO VEICULO, ONDE A VITIMA SAIU LESIONADO, SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL RIO POTY, PRONTUÁRIO 8095747, FATO TESTEMUNHADO POR JOYCE KELLY SALES OLIVEIRA, CPF 031.477.883-77.RELATA A VITIMA QUE OS FAROIS E PISCA ALERTA ESTAVAM DESLIGADOS. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Escritório de Polícia

DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054-860-013-98 4 - Nome completo da vítima: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

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

5 - Nome completo: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR 6 - CPF: 054-860-013-98
7 - Profissão: Pneuista 8 - Endereço: Rua Prof. Barreto Videira 9 - Número: 5204 10 - Complemento: 1054
11 - Bairro: Mogambinho 12 - Cidade: Tatuí - SP 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13.010-600
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 8599498-2980

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

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

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

20 - RENDA ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 000199070

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tatuí SP 21/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/05/2019 09:48

Paciente: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

Dt. Nasc.: 28/08/1991

Atendimento: 59162072

Prontuário: 8095747

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO

Leito: 184212/11

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO CRM 5047111

Nº: 38650819 17/05/2019 às 09:48

DADOS DO PARECER

Parecer

paciente com dor no punho d apos acidente de trabalho

[1]

et: dor, edema, deformidade, redução funcional

rx fratura do radio distal

cd: internação para cirurgia

imobilização

medicação

Marcio Batista de Carvalho
CRM 5047111



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO ALLYSON COSTA AGUIAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000019907-0

Nr. da Autenticação 044C4751D756C4D5