



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07072516020198010001
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 12/03/2020 14:07:33

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

Documentos

Petição: 2701662_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_01 - 1-13.pdf
Anexo - Petição: 2701662_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-1
- 1-17.pdf
Anexo - Petição: 2701662_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-1
- 18-19.pdf
Anexo - Petição: 2701662_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-2
- 1-8.pdf
Anexo - Petição: 2701662_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-2
- 9-16.pdf
Anexo - Petição: 2701662_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-2
- 17-19.pdf
Anexo - Petição: KIT_SEGURADORA_LIDER -
1-9.pdf
Anexo - Petição: KIT_SEGURADORA_LIDER -
10-18.pdf
Anexo - Petição: KIT_SEGURADORA_LIDER -
19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07072516020198010001

INCIDENTE DE PRESCRIÇÃO:

Data Limite do Ajuizamento: 20/08/2018
 Data do Ajuizamento: 02/07/2019

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 **ETA BASBOSA DE ALENCAR** representado por **FRANCISCA MARIA BARBOSA**, 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 SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/05/2015**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/06/2015**.

A parte autora apesar de reconhecer que recebeu verba indenitária em sede administrativa, tenta levar esse Juízo a erro, vez que ao contrário do alegado o pagamento efetuado foi no importe de **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**, sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

Assim, 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, tendo em vista já existir laudo graduando a lesão sofrida pelo autor, observado em fls. 43/46. Assim, requer a total improcedência dos pedidos.

QUESTÃO PREJUDICIAL DE MÉRITO

PRESSCRIÇÃO DA PRETENSÃO

Ab initio, mister ressaltar que o prazo prescricional para ajuizamento da presente ação é de três anos, segundo preceitua **artigo 206, § 3º, IX, do Código Civil**², sendo este prazo ratificado pelo Superior Tribunal de Justiça desde 2009 através da **Súmula 405**³.

Na hipótese em tela, o sinistro ocorreu no dia **14/05/2015**, sendo o pagamento administrativo realizado em **20/08/2015**, conforme se comprova na documentação acostada aos autos.

Assim, considerando que a parte autora somente ajuizou a ação no dia **02/07/2019**, verifica-se que o direito de ação do Autor prescreveu, na medida em que já havia transcorrido mais de 3 (três) anos do pagamento administrativo⁴.

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 Art. 206 Prescreve:

§ 3º Em 3 (três) anos:

IX - a pretensão do beneficiário contra o segurador, e a do terceiro prejudicado, no caso do seguro de responsabilidade civil obrigatório

³ Súmula 405 STJ: "A ação de cobrança do seguro obrigatório (DPVAT) prescreve em três anos"

⁴"PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. COMPLEMENTAÇÃO. PRAZO PRESCRICIONAL TRIENAL. PRECEDENTES. 1. Nos termos da jurisprudência do STJ, a prescrição da pretensão de cobrança de complementação do seguro DPVAT prescreve em três

Conforme preceitua artigo 198 do código civil, a prescrição ocorre contra absolutamente incapazes:

Art.198. Também não corre a prescrição:

- I- Contra os incapazes de que trata o art.3º

Nesse sentido, importante ressaltar que, após as alterações trazidas pela Lei nº 13.146, de 2015 apenas os menores de 16 anos são considerados absolutamente incapazes. A alteração legislativa traz relevante impacto para as ações de indenização por invalidez permanente no que se refere ao prazo prescricional, pois os incisos II e III foram revogados.

Art. 3º “São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos. (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

I - (Revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

II - (Revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

III - (Revogado). (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

Portanto, não há causa impeditiva de prazo prescricional para as seguintes pessoas: **os que por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;** e, os que mesmo por causa transitória não puderem exprimir sua vontade. Desta forma, as regras de prescrição devem ser aplicadas sem ressalvas.

Pelo exposto, a Ré requer seja extinto o feito com resolução do mérito, com fulcro no art. 487, inciso II do Código de Processo Civil c/c 206, § 3º, inciso IX do Código Civil, por absolutamente prescrita a pretensão autoral.

DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA – DISTORÇÃO DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 278 DO STJ

Não assiste razão a parte Autora na tentativa de adequar seu caso à hipótese de afastamento da prescrição em razão da aplicação da súmula 278 do STJ, visto que, em situação diametralmente oposta do que é alegado, percebe-se pelos documentos dos autos que a vítima não submeteu-se a tratamento permanente e contínuo com vistas a recuperação da lesão acometida em virtude do acidente.

Corroborando com o alegado, somente são juntados na exordial documentos médicos da época em que o mesmo sofreu acidente, deixando de acostar laudos que comprovem que este ficou em tratamento contínuo até a suposta ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez⁵.

Imperioso ressaltar que o simples fato da parte Autora se submeter a uma nova perícia, não pode dar ensejo à renovação do prazo prescricional, sob pena de esvaziar o instituto da prescrição, tornando a ação de cobrança de seguro DPVAT, imprescritível, mormente por se tratar de um seguro cuja uma das coberturas é a invalidez **permanente**.

anos, a contar do recebimento administrativo a menor. 2. Agravo não provido.”(AgRg no REsp n. 1.382.252/PR, Terceira Turma, relatora Ministra Nancy Andrichi, DJe de 30.8.2013.)”

⁵STJ, A.I nº 1.375.362 – MT, Relator Ministro Raul Araújo, julgamento 30/11/2011 “RECURSO DE APELAÇÃO - DECISÃO MONOCRÁTICA - RECONHECIMENTO DE PREScriÇÃO - SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - SÚMULA Nº 405 DO STJ - PRAZO DE 03 (TRÊS) ANOS ART. 206, § 3º, IX, DO CC/2002 - SÚMULA Nº 297 DO STJ - INAPLICABILIDADE NO CASO CONCRETO - PREScriÇÃO OCORRIDA ANTES DO INÍCIO DE QUALQUER EXAME PERICIAL - IMPOSSIBILIDADE DA PREScriÇÃO FICAR DEPENDENTE DE AÇÃO POTESTATIVA DA VÍTIMA – VONTADE DE SE SUBMETER OU NÃO AO EXAME – RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.”

Forçoso assinalar que a simples alegação de que a “ciência inequívoca” se deu tanto tempo após o fato, abrirá precedentes para que, qualquer indivíduo ajuíze demandas no judiciário com sua pretensão prescrita, bastando apresentar um novo laudo do IML, alegando que sua ciência se deu nesta data.

Ademais, não é crível nem verossímil que, após ter sofrido um acidente que resultou graves lesões e sequelas permanentes, conforme alega o Requerente, após o decurso de tanto tempo é que tenha se dado conta do verdadeiro efeito das lesões sofridas e suas consequências.

Diante do exposto, e por tudo mais que dos autos consta, irremediável a não aplicação da súmula 278 do STJ, por ser razão da mais lídima justiça!

DO MÉRITO

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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, 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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA				
				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3150623873 Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR	Cidade: Rio Branco Data do acidente: 14/05/2015	Natureza: Invalidez Permanente Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURAS EXPOSTAS DOS 4º/5º PODODACTILOS ESQUERDOS COM GRAVE LESÃO DE PARTES MOLES Descrição do exame: AMPUTAÇÃO DO 4º PODODACTILO ESQUERDO E CICATRIZ QUELOIDE EXTENSA BORDO EXTERNO DO PÉ médico pericial: ESQUERDO				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO NA URGÊNCIA (LIMPEZA CIRÚRGICA, REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSÍTESE COM FIOS DE KIRSCHNER INTRAOSSSEOS). EVOLUINDO COM NECROSE DO 4º PODODACTILO TENDO SIDO SUMETIDO A AMPUTAÇÃO NO 30º DIA DE EVOLUÇÃO E ALTA MÉDICA. Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO				
Sequela: Com sequela Data da perícia: 17/08/2015 Conduta mantida: Observações: Médico examinador: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA CRM do médico: 373/AC UF do CRM do médico: AC				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art. 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir a ação anulatória, disserendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/05/2015**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

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: 20/08/2015
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ETA BARBOSA DE ALENCAR

BANCO: 104
AGÊNCIA: 02278
CONTA: 000000054189-3

Nr. da Autenticação 7766E1D7321086A9

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 parciais⁶.

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 STJ⁷.

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, que é exatamente o caso dos autos.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente 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%.

Para uma melhor visualização, segue tabela demonstrando o valor devido ao autor, com base na lesão suportada:

⁶ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷ 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.”

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas	Valor da Indenização
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50%	R\$ 6.750,00

Repercussão	Valor da Indenização
25% (grau leve)	R\$ 1.687,50

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 respeitar o cálculo apresentado acima, levando em consideração o pagamento realizado na seara administrativa na monta de **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)** que no presente caso encontra-se superior ao graduado na perícia realizada pelo IML, devendo ser julgado improcedente, tendo em vista a quitação administrativa.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁸, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

⁸ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor." (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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 citação⁹.

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 ação¹⁰

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

Ex Positis, requer seja extinto o feito com julgamento do mérito, com fulcro no art. 487, inciso II do Código de Processo Civil c/c 206, § 3º, inciso IX do Código Civil, por absolutamente prescrita.

Ante o exposto, 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, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

⁹“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰art. 1º. (...)

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

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.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré 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 do patrono DR. DIEGO PAULI, inscrito na **OAB/AC 3988**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 12 de março de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRAADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ETA BASBOSA DE ALENCAR**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07072516020198010001.

Rio de Janeiro, 12 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07072516020198010001**, que tramita **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 12 de março de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

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: 20/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ETA BARBOSA DE ALENCAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000054189-3

Nr. da Autenticação 7766E1D7321086A9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150623873 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR **Data do acidente:** 14/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150623873 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR **Data do acidente:** 14/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS EXPOSTAS DOS 4º/5º PODODACTILOS ESQUERDOS COM GRAVE LESÃO DE PARTES MOLES

Descrição do exame AMPUTAÇÃO DO 4º PODODACTILO ESQUERDO E CICATRIZ QUELOIDE EXTENSA BORDO EXTERNO DO PÉ
médico pericial: ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO NA URGENCIA (LIMPEZA CIRURGICA, REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER INTRAOSSSEOS). EVOLUINDO COM NECROSE DO 4º PODODACTILO TENDO SIDO SUMETIDO A AMPUTAÇÃO NO 30º DIA DE EVOLUÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/08/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA

CRM do médico: 373/AC

UF do CRM do médico: AC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

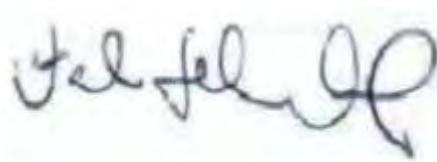
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

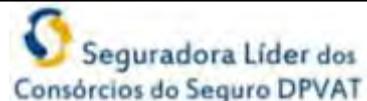
CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150623873 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR **Data do acidente:** 14/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS 4,5 PODODACTILOS E METATARSOS LESAO TENDINEA DO PE ESQUERDO

Descrição do exame AUSENCIA DO 4 PODODACTILO COM RIGIDEZ ARTICULAR ENCURTAMENTO DO 5 PODODACTILO LIMITACAO NA
médico pericial: MOBILIDADE DO PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATADO CIRURGICAMENTE COM AMPUTACAO DO 4 PODODACTILO OSTE OSSINTSE COM FIO DE KIRSCHNER
NO 5

Sequelas permanentes: NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/11/2015

Conduta mantida: Sim

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$ 3.375,00 REFERENTE A 50%
DA LESÃO DO PÉ ESQUERDO.

Médico examinador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

CRM do médico: 2678/AM

UF do CRM do médico: AM

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2015

Carta n°: 7416497

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Sinistro: 3150623873
Vitima: ETA BARBOSA DE ALENCAR
Data Acidente: 14/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/07/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2015

Carta n°: 7514258

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Sinistro: 3150623873
Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR
Data Acidente: 14/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

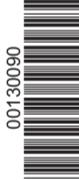
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2015

Carta n°: 7686332

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Sinistro: 3150623873
Vitima: ETA BARBOSA DE ALENCAR
Data Acidente: 14/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000054189-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2015

Carta nº: 8172628

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Sinistro: 3150623873
Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR
Data Acidente: 14/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2015

Carta nº: 8228239

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Sinistro: 3150623873
Vitima: ETA BARBOSA DE ALENCAR
Data Acidente: 14/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Sinistro: **3150623873 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **ETA BARBOSA DE ALENCAR**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VERA CRUZ nº 18 - CENTRO - RIO BRANCO/AC**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 103648 - SSP**

Data local do exame: **17/08/2015 RIO BRANCO/AC**

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)

FRATURAS EXPOSTAS DOS 4º/5º PODODACTILOS ESQUERDOS COM GRAVE LESÃO DE PARTES MOLES

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?

SIM NÃO

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?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CIRURGICO NA URGENCIA (LIMPEZA CIRURGICA, REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER INTRAOSSEOS). EVOLUINDO COM NECROSE DO 4º PODODACTILO TENDO SIDO SUMETIDO A AMPUTAÇÃO NO 30º DIA DE EVOLUÇÃO E ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM 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.

AMPUTAÇÃO DO 4º PODODACTILO ESQUERDO E CICATRIZ QUELOIDE EXTENSA BORDO EXTERNO DO PÉ ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

PÉ ESQUERDO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

AC - RIO BRANCO, 17/08/2015

Médico Perito: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA CRM: 373/AC



JOSE ROBERTO P. OLIVEIRA
CRM 373/AC

Assinatura do perito Examinador - CRM



ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE FLAGRANTES - DEFLA

Endereço: OMAR SABINO, S/N.º - ESTACAO EXPERIMENTAL - 69914-525 , Fone: (68)3223-2857 \ 3224-8791.



OCORRÊNCIA Nº: 5461/2015 - Registrado em 30 de Junho de 2015 às 14:35h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 14/05/2015 às 18:00hs, Quinta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município: Rio Branco

Estado: AC

Logradouro:

Nº: CEP:

Bairro: ADALBERTO ARAGAO

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: proximo PANIFICADORA

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

ETA BARBOSA DE ALENCAR (51), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 103648/SSPAC, CPF: 119.781.712-34, nascido em 13/07/1963, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOAO MOREIRA DE ALENCAR e MÃE: FRANCISCA MARIA BARBOSA, Endereço: VERA CRUZ, 18 - Bairro: MORADA DO SOL - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9988-6917.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante/vítima veio a essa Delegacia de Policia DEFLA informar que estava próximo ao local informando, quando o mesmo estava andando no acostamento da rua, quando um veiculo passou por cima do seu pé, e logo depois ser evadiu do local sem presta nem um socorro, então a SAMU foi acionada para atendimento, chegando no hospital foi constatado que os dedos do pé foi quebrado, e devido ocorrido seu dedo foi amputado. Diante dos fatos comunicante/vítima pedi que as providencias cabíveis sejam tomadas.

Jairton Alexandre Martins Rodrigues
Delegado de Polícia Civil
Mat. nº 91.99.494-1

FABIO HENRIQUE DOS SANTOS BEVIANI
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

RODRIGO ALVES CUEVAS
ATENDENTE

ETA BARBOSA DE ALENCAR
COMUNICANTE

07/06/2015



ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE FLAGRANTES - DEFLA

Endereço: OMAR SABINO, S/N.º - ESTACAO EXPERIMENTAL - 69914-525 , Fone: (68)3223-2857 \ 3224-8791.



OCORRÊNCIA Nº: 5461/2015 - Registrado em 30 de Junho de 2015 às 14:35h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 14/05/2015 às 18:00hs, Quinta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município: Rio Branco

Estado: AC

Logradouro:

Nº: CEP:

Bairro: ADALBERTO ARAGAO

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: proximo PANIFICADORA

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

ETA BARBOSA DE ALENCAR (51), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 103648/SSPAC, CPF: 119.781.712-34, nascido em 13/07/1963, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOAO MOREIRA DE ALENCAR e MÃE: FRANCISCA MARIA BARBOSA, Endereço: VERA CRUZ, 18 - Bairro: MORADA DO SOL - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9988-6917.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante/vítima veio a essa Delegacia de Policia DEFLA informar que estava próximo ao local informando, quando o mesmo estava andando no acostamento da rua, quando um veiculo passou por cima do seu pé, e logo depois ser evadiu do local sem presta nem um socorro, então a SAMU foi acionada para atendimento, chegando no hospital foi constatado que os dedos do pé foi quebrado, e devido ocorrido seu dedo foi amputado. Diante dos fatos comunicante/vítima pedi que as providencias cabíveis sejam tomadas.

Jairton Alexandre Martins Rodrigues
Delegado de Polícia Civil
Mat. nº 91.99.494-1

FABIO HENRIQUE DOS SANTOS BEVIANI
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

RODRIGO ALVES CUEVAS
ATENDENTE

ETA BARBOSA DE ALENCAR
COMUNICANTE

07/06/2015

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

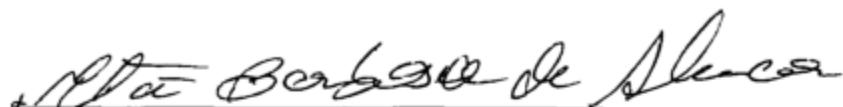


Eu, Elai Barbosa de Alencar, portador da carteira de identidade nº 103648 e inscrito no CPF/MF sob o nº 119-781-712-34, residente e domiciliado na Rua Jere Cruz, nº 18 10713, Cidade Rio Branco, Estado AC, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico 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
- () 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.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Rio Branco IAC 10-07-15

Local e data





BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

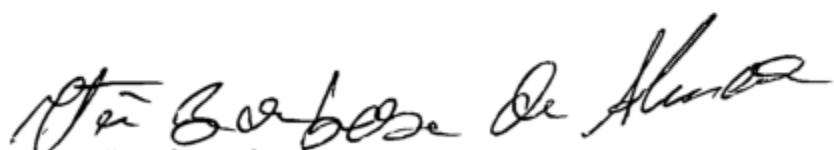
CHAMADO	Nº	DATA	19/05/15	HORA	18:00 min																																											
MOTIVO	MEDICO(A) REGULADOR(A) Dr.(a) <i>NR (Assinatura)</i> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">CLÍNICO</td> <td colspan="3">TRAUMÁTICO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO</td> <td><input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.</td> <td><input type="checkbox"/> 6. NEUROLOGICO</td> <td><input type="checkbox"/> 7. OBSTÉTRICO</td> <td><input type="checkbox"/> 8. PSICO-ATRICO</td> <td><input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO</td> <td><input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.</td> <td><input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO</td> <td><input type="checkbox"/> 13. PEDIATRICO</td> <td><input type="checkbox"/> 14. OUTRO</td> <td><input type="checkbox"/> 15. COLISÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> 17. QUEDA</td> <td><input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO</td> <td><input type="checkbox"/> 19. FAP</td> <td><input type="checkbox"/> 20. FAB</td> <td><input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA</td> <td><input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6. GASTRINTEST.</td> <td></td> </tr> </table>					CLÍNICO			TRAUMÁTICO			<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.	<input type="checkbox"/> 6. NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/> 7. OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 8. PSICO-ATRICO	<input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO	<input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 13. PEDIATRICO	<input type="checkbox"/> 14. OUTRO	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO	<input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 17. QUEDA	<input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> 19. FAP	<input type="checkbox"/> 20. FAB	<input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO	<input type="checkbox"/> 6. GASTRINTEST.																	
CLÍNICO			TRAUMÁTICO																																													
<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.	<input type="checkbox"/> 6. NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/> 7. OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 8. PSICO-ATRICO	<input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO	<input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG.	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 13. PEDIATRICO	<input type="checkbox"/> 14. OUTRO	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO	<input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 17. QUEDA	<input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> 19. FAP	<input type="checkbox"/> 20. FAB	<input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO																														
<input type="checkbox"/> 6. GASTRINTEST.																																																
PACIENTE	NOME COMPLETO <i>Etiom Barbosa de Alencar</i>					IDADE <i>45</i>																																										
EXAME PRIMÁRIO	ENDERECO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE IRUA, Nº, AP, Bairro, PONTO DE REFERÊNCIA <i>Rua 20 de Setembro</i>																																															
SINAIS VITais	VIAS AÉREAS	RESPIRAÇÃO	CIRCULATÓRIO	NEUROLÓGICO	EXPOSIÇÃO																																											
	28. OBSTRUÍDAS <input checked="" type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR. <input type="checkbox"/> 30. LIVRE <input checked="" type="checkbox"/>	31. NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> 32. ALTERADA <input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA <input type="checkbox"/> 34. APNEIA <input type="checkbox"/>	35. NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> 36. CHOQUE <input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> 38. PCR <input type="checkbox"/>	39. NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO <input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO <input type="checkbox"/>	42. CONFUSÃO <input type="checkbox"/> 43. COMA <input type="checkbox"/>	44. SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES <input type="checkbox"/>																																										
	HORA	P.A.	F.R.	FC	SPO2	DEXTRO	GLASGOW																																									
	INÍCIO	<i>18:04:12</i>		<i>69</i>	<i>98%</i>		<i>15</i>																																									
	FIM																																															
PROCEDIMENTO EFETUADOS	<table border="1"> <tr> <td>41. ADM. OXIGÉNIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>53. RCP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>57. COLAR CERVICAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>61. DESFIBRILAÇÃO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>65. CURATIVO</td> </tr> <tr> <td>50. GUEDEL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>54. PUNÇÃO TORÁCICA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>55. FLEBOTOMIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>62. INTRACATH</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>66. PRANCHA LONGA</td> </tr> <tr> <td>51. ASPIRAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>55. DRENAGEM TORÁCICA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>59. PUNÇÃO PERICARDICA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>63. SONDA VESICAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>67.</td> </tr> <tr> <td>52. INTUBAÇÃO (OT NT)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>56. VEIA PERIFÉRICA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>60. SONDA GÁSTRICA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>68.</td> </tr> </table>							41. ADM. OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/>	53. RCP	<input type="checkbox"/>	57. COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/>	61. DESFIBRILAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	65. CURATIVO	50. GUEDEL	<input type="checkbox"/>	54. PUNÇÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/>	55. FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/>	62. INTRACATH	<input type="checkbox"/>	66. PRANCHA LONGA	51. ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/>	55. DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/>	59. PUNÇÃO PERICARDICA	<input type="checkbox"/>	63. SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/>	67.	52. INTUBAÇÃO (OT NT)	<input type="checkbox"/>	56. VEIA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/>	60. SONDA GÁSTRICA	<input type="checkbox"/>	64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	<input type="checkbox"/>	68.					
41. ADM. OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/>	53. RCP	<input type="checkbox"/>	57. COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/>	61. DESFIBRILAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	65. CURATIVO																																								
50. GUEDEL	<input type="checkbox"/>	54. PUNÇÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/>	55. FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/>	62. INTRACATH	<input type="checkbox"/>	66. PRANCHA LONGA																																								
51. ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/>	55. DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/>	59. PUNÇÃO PERICARDICA	<input type="checkbox"/>	63. SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/>	67.																																								
52. INTUBAÇÃO (OT NT)	<input type="checkbox"/>	56. VEIA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/>	60. SONDA GÁSTRICA	<input type="checkbox"/>	64. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	<input type="checkbox"/>	68.																																								
TRANSP.	AVALIAÇÃO MONITOR ECG																																															
INCIDENTE	REPOSIÇÃO VOLÉMICA / MEDICAMENTOS:																																															
	TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO																																												
	69. SIMPLES <input type="checkbox"/> 70. MEDICALIZADO <input type="checkbox"/>	<i>Sua Bresser</i>	<i>P5</i>	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO																																												
	71. CANCELADO <input type="checkbox"/> 72. FALSO <input type="checkbox"/>	72. ÓBITO <input type="checkbox"/> 74. RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/>	75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL <input type="checkbox"/>	77. OUTRO _____ _____																																												
OBSERVAÇÕES		<i>Paciente com hipertensão arterial, com passado de hipertensão arterial, apresentando sintomas de fadiga e dor no peito. Foi feita a realização de Encaminhamento MTS.</i>																																														
PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE <i>E. P. Bresser</i>																																																

DECLARAÇÃO

Eu, **Etã Barbosa de Alencar**, brasileiro, divorciado, RG 103648 SSPAC CPF 119.781.712-34, nascido em 13/07/1963, residente e domiciliado na Travessa Vera Cruz, 18 Morada do Sol, em Rio Branco, Estado do Acre, **DECLARO** para os devidos fins que após o meu acidente em 14 de maio de 2015, quando tive que passar por uma intervenção cirúrgica, onde um dedo meu foi amputado do Pé Esquerdo, estava internado para cirurgia, fiquei impossibilitado de registrar um Boletim de Ocorrência dentro do prazo previsto por estar em tratamento hospitalar.

Por ser expressão da verdade firmo a presente declaração.

Rio Branco, 02 de julho de 2015


Etã Barbosa de Alencar
Declarante

17 JUL 2015



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elá Barbosa de Alencar

Portador do RG nº 103648 expedido pelo SSP/IACem 08/10/12

CPF nº 19-781-712.34 na qualidade de favorecido (a) /beneficiário (a). venho perante a este instrumento, declarar que não posso comprovante de residência em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito **seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:**

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	<u>Verá Cruz</u>
Número	<u>18</u>
Apto / Complemento	<u>Q = 15</u>
Bairro	<u>Morada-Ao-Sol</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>AC</u>
CEP	<u>—/—/—/—/—/—/—/—/—/—/—</u>
Telefone de Contato	<u>9900-3322-9955-2213</u>
E-mail	<u>ac 3301-6472</u>

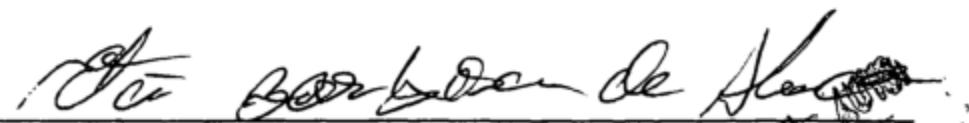
Por ser verdade, firmo-me.

Cep. 69010-670

Rio Branco/IAC 10-julho-2015

LOCAL / DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE






CONTA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA E/OU ESGOTO

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE PAVIMENTAÇÃO E SANEAMENTO - DEPASA

RUA QUINTINO BOCAÍUVA, 299 - CENTRO - CEP 69.900-070



DOCUMENTO	MEDEDOR	REG. COM. IND/PLB	CICLO SÉTOR. ROTA SEQUENCIA
14328580	R101217219	001.000.000.000.46.0100048.003.0420	

CLIENTE
01033745-5 FRANCISCA MARIA BARBOSA
RUA VERA CRUZ 18 Q.45
RIO BRANCO

MÉDIA DE CONSUMO	DATA	LEITURA	CONSUMO DO MÊS	MÊS DE REFERÊNCIA
45	19/06/2015	1000000	1000045	06/2015
	21/12/2014	000130		

HISTÓRICO DE CONSUMOS FATURADOS
Mai/2015 S/ INF FEV/2015 S/ INF NOV/2014 S/ INF AGO/2014 S/ INF
ABR/2015 S/ INF JAN/2015 S/ INF OUT/2014 S/ INF JUL/2014 S/ INF
MAR/2015 S/ INF DEZ/2014 S/ INF SET/2014 S/ INF JUN/2014 S/ INF

TARIFAS DE ÁGUA EM MT	10 10x1 1.40	14.00	Res. 30 a 35 05x1 3.47	17.35
Res. 10 a 15 05x1 1.53	7.65	Res. 35 a 40 05x1 3.96	19.80	
Res. 15 a 20 05x1 2.02	10.10	Res. 40 a 45 05x1 4.44	22.20	
Res. 20 a 25 05x1 2.50	12.50			
Res. 25 a 30 05x1 2.99	14.95			
Res. 30 a 35 05x1 3.47	17.35			

DISCONTO POR PAGAMENTO ANTECIPADO
VALOR DA MULTA

118.54
2.43

DATA DE VENCIMENTO: 30/06/2015 TOTAL A PAGAR: 120,97

VERIFIQUE SEU CADASTRO.
PARA UMA MELHOR QUALIDADE E AGILIDADE NA PRESTACAO DE NOSSOS
SERVICOS, MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO.
DIRIJA-SE AO NOSSO ATENDIMENTO NA OCA E ATUALIZE SEU CADASTRO.

Para cadastro débito auto: 01033745-5

Referência: 06/2015				
PARÂMETRO	PADRÃO DE POTABILIDADE Conforme a Portaria nº 2.914/2011 do Ministério da Saúde	Sistema de Distribuição de Água		
		Número mínimo de amostras a serem coletadas	Número de amostras realizadas	Número de amostras fora do padrão
Cor	Máximo de 15 mg Pt-Co/L	51	115	27
Turbidez	Máximo de 5 UNT	155	115	6
Cloro Residual Livre	Mínimo de 0,2 mg/L Cl ₂	155	115	0
Coliformes Totais	Ausência em 95% das amostras	155	115	9
Coliformes Termotolerantes	Ausência em 100% das amostras	155	115	0

PERGUNTE SEU TÉCNICO DE SERVIÇO DE QUALIDADE DA ÁGUA:

EURIDES DA SILVA BEZERRA

NOTA: Não pagamento ate a data de vencimento implicará em acréscimo de 2% de multa cobrado na próxima conta e juro de 1% ao mês, e estará sujeito a suspensão do fornecimento.

DOCUMENTO	14328580
DATA	30/06/2015
TOTAL A PAGAR	120,97
DEPASA	

82840000001-2 20970474300-1 62015143285-8 80010337452-9

AS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 99 86 8596

Nº. DO BE: 2222687 DATA: 14/05/2015 HORAS: 18:14 USUARIO: OTERVAL
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: ETA BARBOSA DE ALENCAZAR
IDADE: 51 ANOS NASC: 13/07/1963DOC.: NAO
SEXO.: MASCULIN
NUMERO: 16

ENDEREÇO: TRAV. VERA CRUZ

Bairro: AVIARIO

MUNICIPIO: RIO BRANCO

UF: AC CEP.: 69900-000
/FRANCISCA MARIA BARBOSA

NOME PAI/MAE: JOAO MOREIRA DE ALENCAZAR

TEL.: 9211-0781
IRMAS:

RESPONSÁVEL: O MESMO

OCUPACAO: AVIARIO

TRATAMENTO: SUTURA

CARGO POLICIAL: NAO

PLANO DE SAUDE: NAO

TRAUMA: SIM

ACAO. TRABALHO: NAO

VEIC. DE AMBULANCIA: SIM

PA [] mmHg] PULSO [] DEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 []

MAX. COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] JURINA [] LÍQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA []

ESPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

SINTOMAS CLÍNICOS: TACRETE [] DOR [] DOR [] DATA PRIMEIROS SINTOMAS: []

Morte (auto morte) [] [] [] [] [] []

ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

INTENSIDADE DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

CID:

DIAGNOSTICO:

2. Nativil 200mg/500ml aqz. HORARIO: 19:30 MEDICACAO:

3. Sulfato de magnésio 500ml aqz.

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

DATA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

CRITICO: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ORTOPÉDIA

pacote com fratura
esquerda.

14/05/15

exposta 4º e 5º dedos pé

cd. Dietz 350

gf 0,9% 500 ml IV 12/12 → 500-500

Glicose 50% 102 amp em cada soro

SAT 5000ui } IM → 10

VAT 0,5ml }

ciprofloxacin 500mg IV → 22

Permanecer na observação

do trauma p/ procedimento cirúrgico

50º Paciente admitido na observação do trauma, paciente da sala da ortopedia, em cadeiras de rodas, sem acompanhante. Aguarda procedimento cirúrgico ortopédico.

Onfer e Quaresma
coron 72010.

Examinando no Centro Cirúrgico -

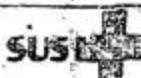
Gesso e Glicose

coron 72010

22.23º Demonstrada nice condizem comuns, com sintomas de ingestão de veneno malílico.

PELLE BENE SANTO
SANTO SANTO

COTIA
Conforme Original



LAURO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

TRUPEL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eduardo de Almeida

6 - N° DO FRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

130763

9 - SEXO

Male Fem.

3

10 - RACIOCOR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Francinica Maria Barbosa

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

000

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

000

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Isaura Vargas Cruz n° 18 Huiarão

16 - BAIRRO

Ribeirão Branco

17 - CÓD. ISAE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

516990000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente, com edema ósseo/tendíneo no pé esq.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Int. Cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anam - ese + ex: fisi + radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCADAS

Fract. ex. dedos pé esq. (sem luxação)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARMISMO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

14/12/15

36 - N° DO SEGURO

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

REGISTRO

PACIENTE

2222687

ETI BARBOSA DE ALENCAR

IDADE

51

CLÍNICA

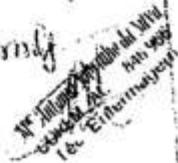
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

M13

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
#SEMI AMPUTACAO DE DEDOS PE E.	1. DIETA VO LIVRE 2. SORO FISIOLOGICO 500ML EV 8/8/H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8/H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/RH S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NAO TIVER EV) 7. LUFTAL 30GTS VO 8/8/H 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA OU LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H 9. CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H 10. CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EM 100ML SG5% OU SF0,9% EV 6/6H 11. CURATIVO 1X/DIA 12. MEMBRO ELEVADO 13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmhg 14. CUIDADOS GERAIS	8/8/15 10/8/15 16/8/15 19/8/15	09:00 - Pree. ido ss, acom. pnm lucido, fisionom benigna, cr. as - puer, fievado curativo, medie epm. 2cc, sangu 1900hs diante coe uelle camunic tivo e exmico absur diconvocada nega dor, acom. diante operador funções fisiok F. N. Neuac 634930

CÓPIA
Conforme o Original





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

NOME: Ete Barbosa de Alencar

IDADEF 51

REGISTRO

ENFERMARIA

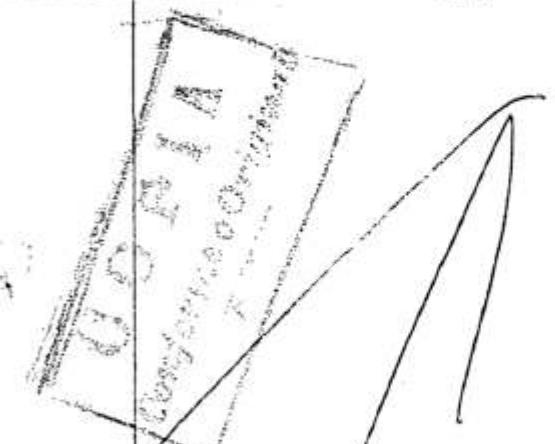
LEITO

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
15/5/15	<p># semiangustoso</p> <p>4º e 5º dedos pé E</p> <p>Cd.: li-feze circogi-</p> <p>C2 + fixador FR 15</p>	<p>1. Dieta livre</p> <p>2. SF 0,9% 500 mL IV B/Bh</p> <p>3. Ciprofloxacin 400 AV 12/2 160h</p> <p>4. Gentamicina 240 + 300mL SF 0,9% IV 1d/2 leito</p> <p>5. Dexametazol 400ug IV 1d/2</p>	8w0	13:30' Entomindado e ccc
		<p>6. Diflunisal 1g IV 1/6h</p> <p>7. T82-21 100mg/100mL SF 0,9% plasil 120g IV B/Bh (FV)</p>	14:16	12' I acho os efeitos de
		<p>B. Curativo</p> <p>9. cuidados gerais</p>	00	respirar B/110+ geringo D
			10:00 12/2	14:24:22 8h14' duas
			10:00 12/2	entra e resta manutenção
			10:00 12/2	ressp. CC P. Recup.
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas
			10:00	14:24:22 8h14' duas

100% 100% 100%
impregnated
and ready to use
PA 130 x 20 mm. mfg. 1965, 652
Tecnic car 388787 AL

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
2222687	ETA BARBOSA DE ALENCAR	51	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	156

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

<p>#SEMI AMPUTACAO DE DEDOS PE E. ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO COM 4 DEDO DO PÉ ESQUERDO, COM SINAIS DE MUMIFICACAO. AGUARDANDO DELIMITA??O DA LESAO. TERA ALTA HOSPITALAR E SERA ORIENTADO A RETORNAR NA PROXIMA TERRA FEIRA PARA EVOLU??O DE SUA LESAO.</p>	1. DIETA VO LIVRE	S/LE	<p>As 3/4 do dedo amputado depois de amputado ficou descolorido, vermelho e edemaciado. Dra. S. C. S. 2015</p>  
	2. SORO FISIOLOGICO 500ML EV 8/8/H		
	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H		
	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/BH S/N		
	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8/H S/N		
	6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NAO TIVER EV)		
	7. LUFTAL 30GTS VO 8/8/H		
	8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA OU LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H		
	9. CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
	9. CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EM 100ML SG5% OU SF0.9% EV 6/6H		
	10. CURATIVO 1X/DIA		
	11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmhg		
	12. CUIDADOS GERAIS		



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB
CENTRO CIRURGICO

HORA DE CHEGADA	SALA	DATA:	03 - 06 - 2007
NOME DO PACIENTE		IDADE:	
· PROCEDÊNCIA:	EMERGENCIA ()	AMBULATÓRIO ()	OUTROS ()
ANESTESIA:	GERAL ()	RAQUEANESTESIA ()	LOCAL ()
INICIO DA ANESTESIA:	22:40	TERMINO DA ANESTESIA:	23:50
PROCEDIMENTO REALIZADO:	Hemostasia e hemorragia		
INICIO DA CIRURGIA:	22:50	TERMINO DA CIRURGIA:	23:50
CIRURGÃO:	Dr. Imaculada		
ANESTESISTA:	Dr. Paulo		
CIRCULANTE:	Enfermeira: Paula		

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 05%	AGULHA DESC. N°	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENTE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
DORMINID	AGULHA PERIDUAL	FURADEIRA
DIPIRONA	ASPIRADOR	GASES
DIAZEPAN	ATADURA GESSADA	GELFOAN
DILUENTE	ATADURA DE CREPON	GORRO
DOPAMINA	ABOCATH N°	INTRACATE N°
EPINEFRINA	BISTURI ELETRICO	KIT DRENO DE TORAX N°
FENTANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,0
FUROSEMIDA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5
HIDROCORTIZONA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVAS CIRÚRGICAS 8,0
KEFLIN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5
KETALAR	CATETER NASAL T. ÓCULOS	LÂMINAS DE BISTURI
LIDOCAINA	CERA ÓSSEA	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS
LIDOCAINA GEL	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
MANITOL	C. TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA
METRONIZADOL	C. ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
MORFINA	COLAGENASE POMADA	PANO P/ PACOTE(ÓBITO)
PAVULON	COMPRESSA CIRURGICA	POVIDINE DEGERMANTE
PROPOFOL	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE TINTURA
PLASIL	ELETRODOS	POVIDINE TÓPICO
PROSTIGMINE	EQUIPO P/ SORO	PRO PÉ
SULFADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	SCALP N°
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	ESPARADRAPO	SWAB
SORO GLICOSADO 5%	ESPARADRAPO MICROPOREN	SERINGA DE 1 MIL
SORO RINGER LACTADO	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 3 ML
TIOPENTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 5 ML
TRAMAL	FRALDA	SERINGA DE 10 ML
TILATIL	FILTRO BACTERIOLOGICO	SERINGA DE 20 ML
VOLUVEN 6%	FITA CARDÍACA	SONDA NASOGÁSTRICA
	FIO DE KIRSCHNER	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO MONONYLON	SONDA RETAL
	FIO SUTUPACK	SONDA URETRAL
	FIO CAT GUT C.	SONDA FOLLEY
	FIO CAT GUT S.	TELA DE MAELEX

SINAIS VITAIS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

SINAIS VITAIS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		
HORA: 07:00	HORA: 07:30	HORA:
PA: 120/80	PA: 120/80	PA:
FC: 85 bpm	FC: 85 bpm	FC:
SPO2: 99%	SPO2: 99%	SPO2:
HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:
HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

PARAFUSO E PLACAS

TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

TRANSFUSÃO SANGUÍNEA			
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	

Nome do Paciente: Edé D. AlencarIdade: 51 Observação: _____Diagnóstico pré-operatório: Semi amputação 4º e 5º dedos R.E.Cirurgia proposta: Limp. Cirurgia + fixação com FKDiagnóstico definitivo: O - reroCirurgia realizada: A - propostaData: 14/5/15Cirurgião: Dr. Antônio Isidro1º Auxiliar: Dr. Marcelo Pimenta

2º Auxiliar

Instrumentadora: RosenildaAnestesista: GéucioAnestesista: RogueAcidentes durante o ato cirúrgico: Sim Não

Descrição: _____

Biopsia de congelação: Sim Não

Diagnóstico patológico: _____

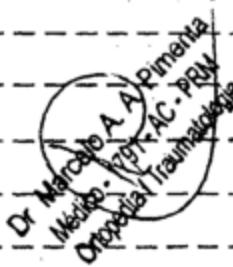
Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

 Enfermaria CT Residência ÓbitoDESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1º Osteo em IDH sob seque
- 2º Anestesia + antinefesp + cintos
- 3º lavagem exaustiva com SF
- 4º Redução e fixação com FK
- 5º 4º e 5º dedos com perfusão di-injuid
- 6º Sutura + curativo

Dr. Marcelo Pimenta
Médico - Cirurgião - P.C. P.M.
Operador de Anestesia

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA



Data

Assinatura do Cirurgião

CRM



FICHA DE ANESTESIA

Nº Reg.: 2772697

Clin.: O.D.P. Qlo.: _____

Lto.: _____ Hora: _____

Nome: Estevão Barbosa de Oliveira

Idade: 51 Anos

Sexo: M Cor: branca

Op. Proposta: _____

Diag. Post-Op.: _____

Aux. Drs.: Marcelo Ribeiro

Anestesia: Rapivaneclor

Diag.: _____

Op. Realizada: LMCT F.K. x (E)

Operador Dr.: _____

Aux. Dr.: _____

HORA 27 15 30 45 23 15 30 45 27 15 30 45 27 15 30 45 27 15 30 45

Anestesia Oxigênio Comprim.	S											
	S											
Piso do estádio	S											
	S											
240	S											
220	S											
200	S											
180	S											
160	S											
140	S											
120	S											
100	S											
80	S											
60	S											
40	S											
20	S											
0	S											
SORO SANGUE PLASMA	S											
Posição	Sub.	Diâmetro	Tempo	Urt.	Liber. / Tens.	Colar.	Dir. / Inf.	Repos	Coxim	Gancho	Outras:	
NOTAS												

Recomendação: Sustentar a respiração

INDUÇÃO Agentes _____ Técnica _____

Ext. _____ Vômitos _____ Tosses _____ Secr. _____ Cianose _____ Lar - esp. _____ Saif. _____

Outras anot. _____

MANUTENÇÃO

AGENTES	COND.	QUANT.	Técnica: I.O.T.	I.N.T.	V.D.	Cegas
<u>Lorazepam</u>			<u>Sinuda</u>	<u>Cân. O-f</u>	<u>Cân. N-f</u>	<u>Traqueostomia</u>
<u>Propofol</u>			<u>Circ. Fechado</u>	<u>Circ. Semi-fechado</u>		<u>Circ. Aberto</u>
<u>Ureteral</u>			<u>Circ. circular</u>	<u>Vai e Vem</u>	<u>S. Reinal</u>	<u>Aparelho</u>
<u>Alucit</u>			<u>R. Expon.</u>	<u>R. Assist.</u>	<u>R. Contro/manual</u>	
<u>Alucit</u>			<u>Punção: Posição</u>	<u>Local:</u>	<u>Liq. Rel.</u>	<u>Tech.</u>
<u>Alucit</u>			<u>Aguilha</u>	<u>Pos. Japôs punção</u>		<u>Nível obtido</u>
<u>Alucit</u>			<u>Perda sang.</u>	<u>Repos: Sangue</u>	<u>Sofá</u>	<u>Plasma</u>
<u>Alucit</u>			<u>Outras anot.</u>			

RECUPERAÇÃO: Ref. Sala _____ Consc. / Sala _____ Retirada _____ P.A. _____

Secreções: _____ Vômitos: _____ Cianose: _____ Excit: _____ Insuf. Resp. _____

Cond. Final: _____ Duração da anest. _____ Duração da op. _____

Outras anot. _____

Estevão Barbosa de Oliveira Santos
Medico Anestesiologista
CRM/AC: 1238

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Sintoma Principal: Perda de sensação e dor no pé E

História da Doença Atual: Vit - 2 de 25/07/2010

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: Fist. (seio 2º vltgão) b/g e-fx dada
pe esq.

Diagnóstico Definitivo: 0 - er - 0

Motivo da Cobrança: _____

ALTA CURADA	51-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
ALTA MELHORADA	52-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
ALTA INALTERADA	53-ÓBITO S/ NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
ALTA PEDIDO	54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/ NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO	61-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLICTR. COMENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
ALTA ADMINISTRATIVA	62-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLICTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ALTA POR INDISCIPLINA	63-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLICTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ALTA POR EVAISÃO	64-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLICTR. ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL	65-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
ERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA	66-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA	67-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL	68-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
ER DOENÇA CRÔNICA	69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
ERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR	70-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO
ANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA	
ANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA	
ANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA	
ANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA	
ANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA	
ANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO	
ANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA	
ANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO	
ANSFERÊNCIA P/ OUTROS	
TO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO	
TO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO	
TO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO	
TO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.	



DR MARCO AURÉLIO BRANCO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Quadril - SBQ

CIRURGIA DO QUADRIL

CRM 992/AC

SBOT 10352



RECEITUÁRIO MÉDICO

Etã Barbosa de Alencar

Relatório Médico

Paciente fez acompanhamento ambulatorial pós fratura exposta do 4º e 5º PDE, com amputação traumática do 4º dedo e seqüela de fratura do 5º dedo, com encurtamento e anquilose deste dedo. Apresenta déficit funcional leve para a marcha dada a perda apresentada.

CID: S98 e S92

Rio Branco, 4 de novembro de 2015

12 NOV 2015

Marco Aurélio Branco
Ortopedia e Traumatologia
CRM 992/AC

Avenida Getúlio Vargas, 568 – Centro
CEP: 69900-150 Rio Branco - AC
3224-4131/ 9228-1574
e-mail: mabranco77@gmail.com



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 103648 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/10/2012

NAME **FLÁVIA BARBOSA DE ALENCAR**

FILIAÇÃO
JOÃO MOREIRA DE ALENCAR
FRANCISCA MARIA BARBOSA

NATURALIDADE
RIO BRANCO - AC DATA DE NASCIMENTO
13/07/1963

DOC. ORIGEM
CERTO CAS AVERB DIVORCIO 1.989 FLS 121 LIV B-7

RIO BRANCO - AC
CPF
119.781.732-34

2 VIA 

P 88

SANDRO RIBEIRO CORRÊA - DIRETOR
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



00124

17
Flávia
Barbosa
de Alencar

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3150623873

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR
 CPF: 119.781.712-34
 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do
 Acidente: 14/05/2015
 Titular do CPF: ETA BARBOSA DE ALENCAR

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médica-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - ETA BARBOSA DE ALENCAR			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Não Conforme	Faltando página	Doc. bancario não enviado.
Comprovante de residência	Entregue		

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

Data: 17/07/2015
 Nome: carta simples
 CPF:

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 17/07/2015 08:45
 Nome: Camila dos Santos
 CPF: 120.899.057-86

carta simples

Camila dos Santos

Nº do Sinistro
Nº do Protocolo

Seguro Dpvat - Protocolo de Recepção de Documento
INVALIDEZ PERMANENTE

 Seguradora Lider das
0029-
br

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 14/05/15

Vítima

Eta Barbosa de Alemcar

CPF 119-781-712-34

Seguradora

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome Eta Barbosa de Alemcar

Vítima

Representante Legal

Terceiro
(especificar vínculo)

Endereço para Correspondência

Vera Cruz

nº 18

Complemento

12-15

Bairro

morada-do-sol

Cidade

Rio Branco

UF AC

CEP

Telefone para contato

3301-6477

9900-3322

9955-2213

Preencha com para documentação entregue

Preencha com para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- CPF da vítima
- Comprovante de residência da vítima
- Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
- Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma
- Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- Procuração
- Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- CPF
- 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, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- 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.

POR TADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Documentação recebida sem conferência

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____



PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PÉRICA MÉDICA

A

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo Nº: 3150/623873

Vitima: Ela Barbosa de Alencar

Natureza: INVALIDEZ

Prezados Senhores

12 NOV 2015

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido negada sem que a vítima fosse submetida à pericia médica para devida constatação de lesões e seqüelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que a negativa ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa à Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação médica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V.Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone (0) _____.

Ela Barbosa de Alencar
(assinatura requerente (vítima) e/ou procurador)



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Ela Barbosa de AlencarPORTADOR(A) DO RG N° 1036 48EXPEDIDO POR SSP/ACEM 09/10/12 ECPF 11978171000 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Desempregado

E RENDA MENSAL DE R\$0,01 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ela Barbosa de Alencar. 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278-013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34.189 - 3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278-013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34.189 - 3

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

Rio Branco, 10 de Julho

de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.

CAIXA**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	CHARLENE RIBEIRO DA SILVA
Conta origem:	2278 / 013 / 00031368-8
Conta destino:	2278 / 013 / 00054189-3

Nome destinatário:	ETA BARBOSA DE ALENCAR
---------------------------	------------------------

Valor:	R\$ 5,00
---------------	----------

Data de débito:	17/07/2015
------------------------	------------

Data/hora da operação:	17/07/2015 16:08:40
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	00263791
----------------------------	----------

Chave de segurança:	V86XETAAWJX3E8G3
----------------------------	------------------

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

20 JUL 2015