

Controle de documentos x Consulta processos - Processo Ju... x 0800594-73.2020.8.18.0140 - Pro... x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=418792&ca=0ca4ac92aa3fb48f528916db2b38d0667a39b...

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

**PJE** ProceComCiv 0800594-73.2020.8.18.0140  
JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS X SEGURADORA LIDER DOS CONSOR...

8934100 - CONTESTAÇÃO (2705113 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 23/03/2020 10:08:18

23 Mar 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8934095 - CONTESTAÇÃO
  - 8934100 - CONTESTAÇÃO (2705113 CONTESTACAO 01)
  - 8934101 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2705113 CONTESTACAO Anexo 02 web)
  - 8934102 - Documentos (CARTA DE PREPOSTO)
  - 8934103 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)
  - 8934104 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)

10:08

06 Mar 2020

downloadBinario.seam 1 / 10

2705113- CS/ 2020-01124/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08005947320208180140

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

PT 10:10 23/03/2020



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI**

**Processo:** 08005947320208180140

**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 **JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS**, 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 **26/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/06/2019**.

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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>“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)

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, foi possível verificar a seguinte gradação:

| <b>PARECER DE ANÁLISE MÉDICA</b>                                                                                       |                                                     |                                                             |                  |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|
|                                     |                                                     |                                                             |                  |                              |
| <b>DADOS DO SINISTRO</b>                                                                                               |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Número: 3180568708                                                                                                     | Cidade: Barras                                      | Natureza: Invalidez Permanente                              |                  |                              |
| Vítima: GILSON FERREIRA SILVA                                                                                          | Data do acidente: 04/06/2018                        | Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A                 |                  |                              |
| <b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>                                       |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Data da análise: 26/12/2018                                                                                            |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Valoração do IML: 0                                                                                                    |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Perícia médica: Não                                                                                                    |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA E DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.                                            |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. ALTA.                                                   |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.                                            |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Sequelas: Com sequela                                                                                                  |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Conduta mantida:                                                                                                       |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO. |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Documentos complementares:                                                                                             |                                                     |                                                             |                  |                              |
| Observações:                                                                                                           |                                                     |                                                             |                  |                              |
| <b>DANOS</b>                                                                                                           |                                                     |                                                             |                  |                              |
| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                                                                                     | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo                                                                           | 25 %                                                | Em grau médio - 50 %                                        | 12,5%            | R\$ 1.687,50                 |
| <b>Total</b>                                                                                                           |                                                     |                                                             | <b>12,5 %</b>    | <b>R\$ 1.687,50</b>          |

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 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 **26/05/2019**. 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: | 06/09/2019 |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   |            |
| VALOR TOTAL:           | 1.687,50   |

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000094692-2

---

Nr. da Autenticação 2990E260DD0363A6

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 parciais<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>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

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 STJ<sup>5</sup>.

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 citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

---

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.

<sup>5</sup>**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.”

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

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

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

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

### **CONCLUSÃO**

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.

---

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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

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, 20 de março 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**

| <b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Total (100%)</b> | <b>Intensa (75%)</b> | <b>Média (50%)</b> | <b>Leve (25%)</b> | <b>Residual (10%)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| 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 **JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08005947320208180140.

Rio de Janeiro, 20 de março 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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, Albetiza de Sousa Silva  
RG nº 2.334.810, data de expedição 23/08/18  
Órgão SSP. PI, portador do CPF nº 019099433.98  
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí  
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) 244 casa 25 Res. Jaelita, nº \_\_\_\_\_  
complemento S.T. moradia, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Jefferson Alexandre de Sousa Barros cujo o condutor era  
Jefferson Alexandre de Sousa Barros  
Veículo: Auto Modelo: Honda CG 150 Ano: 2014  
Placa: PID-6748 Chassi: 9C2KCL680FRS13536  
Data do Acidente: 26/05/19

Local e Data: Teresina 07/06/2019

Albetiza de Sousa Silva  
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ALBETIZA DE SOUSA SILVA. DOU FE. EM 26/05/2019. Selo: AAD21876-2ENK

www.tjpi.jus.br/postalexta

KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA

Em: 13,85 TJ: 0,77 FIM: 0,10 Sal: 0,26 Total: 4,98 - OP: 91

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO THEISTOCLES SAURIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Katia Gardenia da Silva Santos  
Escritura Autorizada  
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

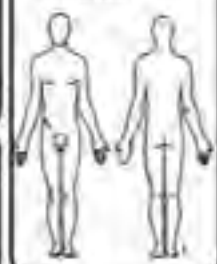
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



|                                |                                              |                           |                         |                           |                     |
|--------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| Dados do Chamado               | 01 Nº do chamado                             | 02 Data do chamado        | 03 PRO (código)         | 04 Saída do PA            | 05 Chegada ao local |
|                                | 06 Saída do local                            | 07 Chegada ao 1º hospital | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º Hospital |                     |
| Local da Ocorrência            | 10 Endereço                                  | 11 Bairro                 |                         |                           |                     |
|                                | 12 Município-UF                              | Código IBGE               |                         |                           |                     |
| Dados do Paciente              | 13 Ponto de referência                       | 14 Nome                   |                         |                           |                     |
|                                | 15 Sexo                                      | 16 Idade                  |                         |                           |                     |
| Tipo de Ocorrência             | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? |                           |                         |                           |                     |
|                                | 18 Tipo de ocorrência                        |                           |                         |                           |                     |
| Acidente de Transporte         | 19 Vítima                                    |                           |                         |                           |                     |
|                                | 20 Meio de locomoção                         |                           |                         |                           |                     |
| Exame Físico                   | 21 Outra parte envolvida                     |                           |                         |                           |                     |
|                                | 22 Equipamentos de segurança                 |                           |                         |                           |                     |
| Assistência                    | 23 Glasgow                                   |                           |                         |                           |                     |
|                                | 24 Sinais Vitais                             |                           |                         |                           |                     |
| Hospital de Destino            | 25 Local da lesão                            |                           |                         |                           |                     |
|                                | 26 Pupilas                                   |                           |                         |                           |                     |
| Observações Interdisciplinares | 27 Pulso Radial                              |                           |                         |                           |                     |
|                                | 28 Sangramentos                              |                           |                         |                           |                     |
| 29 Escala de Dor de 0 a 10     |                                              |                           |                         |                           |                     |
| 30 Fratura                     |                                              |                           |                         |                           |                     |
| 31 Procedimentos realizados    |                                              |                           |                         |                           |                     |
| 32 Hospital de Destino         |                                              |                           |                         |                           |                     |
| 33 Condições de entrada        |                                              |                           |                         |                           |                     |
| 34 Óbito                       |                                              |                           |                         |                           |                     |
| Observações Interdisciplinares |                                              |                           |                         |                           |                     |
| Assinaturas                    |                                              |                           |                         |                           |                     |

DEPARTAMENTO DE SINUS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

3 AGO 2019  
DEPARTAMENTO DE SINUS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO





Mto

NOME DO PACIENTE: Jefferson Alexandre de Souza Barros  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 372260



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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5440  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0001-00**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

|                                                                                   |                                           |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS                                  |                                           | <b>Prontuário:</b> 37260                          |
| <b>Mãe:</b> ALBETILIA DE SOUSA SILVA                                              | <b>Pai:</b> JORCELIO DA SILVA BARROS      |                                                   |
| <b>End. Resid.:</b> QD 147 CS 07 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                                           |                                                   |
| <b>Nascimento:</b> 22/08/1999                                                     | <b>Idade:</b> 19a3m4d                     | <b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86- 3214-3966 |
| <b>Responsável:</b> FRANCISCA                                                     | <b>CNS:</b> 202196278800002               |                                                   |
| <b>Profissão:</b> NAO INFORMADO                                                   | <b>Documento:</b> Reg.Nasc: NAO INFORMADO |                                                   |
| <b>G. Instrução:</b> Nao informado                                                | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a)               |                                                   |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                                                   |                                     |                        |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Código:</b> 723502                                                                             | <b>Entrada:</b> 26/05/2019 12:02:56 | <b>Convênio:</b> S U B | <b>Proced:</b> 0381060061 |
| <b>Motivo da Procura</b><br>(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA |                                     |                        |                           |
| <b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU                                                               |                                     |                        |                           |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                                                                                                                                                              |                                                            |                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anal/Sintoma de Apresentação:</b><br>TRAUMA: MAIOR                                                                                                                        | <b>Classificação:</b><br>Mecanismo do trauma significativo | <b>Cor:</b><br>Laranja                                                                                                                                                                                 |
| <b>Breve História-Clas. Risco:</b><br>PACIENTE TRAZIDO PELA SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SEM USO DE CAPACETE. QUADRO DE TCE + FERIMENTOS DE REGIÃO FRONTAL E FACE. |                                                            | <b>23 AGO 2019</b><br>GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Lado C<br>Centro-Norte CEP: 64.007-470<br>Teresina-PI<br>MARILDE SIQUEIRA SILVA<br>COREN - 393564<br>Em: 26/05/2019 12:07:30 |

|               |                     |                 |                 |                    |
|---------------|---------------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| <b>SSVV:</b>  | (Hora: ____ : ____) |                 |                 |                    |
| Peso: 9,00 Kg | Altura: 0,00 M      | IMC: 0,00 Kg/m2 | Pulso: ____ bpm | Pressão: ____ mmHg |

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**  
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NA CERCA DE 2 HORAS, TRAZIDO PELA SAMU COM USO DE COLAR E PRANCHAS CERVICAL, ALCOOLIZADO

A) VIAS AERÉAS PERVIAS, FÁSCIO, COM COLAR E PRANCHAS CERVICAL  
B) MERMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÓSCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT O2: 99%, TC 93, FR 13  
C) PR, 2T, SNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES, ABDOME MOLE, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR., TA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR 2S  
D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, SEM SINAIS DE ALERTA

**Exame Físico Inicial:**  
7

**Exames Complementares:**  
(1225935) - T.C. DE CRÂNIO  
(1225936) - T.C. DE COLUMNA CERVICAL  
(1225937) - PELVE

**Prescrição Médica:**  
1 - Haldol - 01 amp IM  
2 - Fenepa - 01 amp IM  
3 - Ampicilina - 1/2 amp IM

**Motivo da Alta/Encerramento:**  
(Observação (Adulto)) DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
CRM 3811 Em: 26/05/2019 12:27:46PA: 140x110 mmHg  
FC 115 bpm; SpO2 94%  
3:20

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Sousa, 455 Lapa C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Agente em ddh 150g @
- 2) Anestesia Bressis Colocação
- 3) Membro Medial sobre o abdômen
- 4) Dissecção por plano + Redução
- 5) Sutura com fio de 4/0
- 6) Limpeza interna

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 3878 RBO: 11094

212  
Tórax / Abdominal Sem Alterações Neurológicas



virginus

Sem fraturas ou hematomas

Sem conduta Neurológica

Leonardo de Moura S. Junior  
Neurocirurgião  
CRM - PI 3671

26/05/19. 15:00 - CTBMF.

Paciente vítima de acidente motociclístico, agitado, consciente. No exame clínico apresentava lateralização na face esquerda na região parietal e lesão superior, alterações. No exame Tomográfico apresenta evidência de fraturas.

Conduta: Suporte CTBMF. Lateralização e alta do

Dr. Fred R. R. T. S. S.  
Esp. Cir. Bucal  
CRO-PI 400

As 16:12 Cirurgia Bucal

Paciente vítima de acidente motociclístico, agitado, consciente, com fraturas de mandíbula e maxila inferior.

ACP. R. R. T. S. S.

Anamnese: plano, febre, intolerância a alimentos

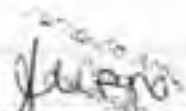
Rx de Tórax sem sinais pneumonia ou hematomas

Alta da Cirurgia Bucal

Dr. Fred R. R. T. S. S.  
Esp. Cir. Bucal  
CRO-PI 400

# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

|                                                      |                                                      |              |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------|----------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE <i>Jefferson Alexandre de Sousa</i> |                                                      |              |                |                  | Nº DE REGISTRO                                                                                                                                                                                                       |                |
| DATA: <i>27-05-19</i>                                | P. ARTERIAL                                          | PULSO        | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA      | PESO                                                                                                                                                                                                                 | ALTURA         |
| EXAMES DE SANGUE                                     | GR. SANGÜÍNEO                                        | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS     | GLICEMIA                                                                                                                                                                                                             | DOS. URÉIA     |
| EXAMES DE URINA                                      |                                                      |              |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                                  |                                                      |              |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO                                 |                                                      |              |                |                  | ELETROCARDIOGRAMA                                                                                                                                                                                                    |                |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                 |                                                      |              |                |                  | ASMA                                                                                                                                                                                                                 | BRONQUITE      |
| SISTEMA DIGESTIVO                                    |                                                      |              |                | SISTEMA URINÁRIO |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| ESTADO MENTAL                                        |                                                      |              |                | CORTICOIDES      | ATARAXICOS                                                                                                                                                                                                           | OUTROS         |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                           |                                                      |              |                |                  | FÍSICOS                                                                                                                                                                                                              |                |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                        |                                                      |              |                | APLICADO AS      | EFEITOS                                                                                                                                                                                                              |                |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                  | OXIGÊNIO<br>1<br>2<br>3                              |              |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      | TOTAL DE DOSES |
| LÍQUIDOS                                             | SO-UTO 500<br>400<br>SANGUE 300<br>200<br>OUTROS 100 |              |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| TEMPERATURA T                                        | Cº                                                   | 260          |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                                                      |                                                      | 240          |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| P. ARTERIAL V O PULSO                                | 38                                                   | 2            |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                                                      |                                                      | 200          |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                                                      |                                                      | 180          |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                                                      |                                                      | 160          |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                                                      |                                                      | 140          |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                             |                                                      | 120          |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                                                      |                                                      | 100          |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                                                      |                                                      | 80           |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                                |                                                      | 60           |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                                                      |                                                      | 40           |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| RESPIRAÇÃO O                                         |                                                      | 20           |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                                                      |                                                      | 10           |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| SÍMBOLOS                                             |                                                      |              |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      | DURAÇÃO        |
| TÉCNICAS <i>Passagem fio MSE pendente</i>            |                                                      |              |                |                  | INCIDENTE - ACIDENTE                                                                                                                                                                                                 |                |
| OPERAÇÕES <i>Blug + Suda</i>                         |                                                      |              |                |                  | <br>CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS<br> |                |
| CIRURGIÕES <i>Jansen</i>                             |                                                      |              |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| ANESTESISTAS <i>Penanda</i>                          |                                                      |              |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
|                                                      |                                                      |              |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |
| PARITICULARIDADES                                    |                                                      |              |                |                  |                                                                                                                                                                                                                      |                |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22/07/2019

|                   |                               |                |                      |
|-------------------|-------------------------------|----------------|----------------------|
| NOME DO PACIENTE: | Jefferson Alexandro de Barros | PRONTUÁRIO Nº: | 37260                |
| DIAGNÓSTICO:      |                               | CIRURGIA:      | Tret. cir. ret. punh |
| ANESTESIA:        | BPB + Sedação                 | Nº DA SALA:    | 05                   |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Jamerson                  | CPF Nº:        |                      |
| AUXILIAR:         |                               | CPF Nº:        |                      |
| ANESTESIA:        | Dr. Fernando                  | CPF Nº:        |                      |
| INSTRUMENTADORA:  | Tenizo Aguiar                 | CPF Nº:        |                      |

DEPARTAMENTO DE REGISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

DENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Cristo de Rosário, 505 - 1º Andar  
Centro - Nova C - Teresina - PI  
CNPJ: 04.002.410

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID. | QUANT.   | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------|-------|----------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI    | UNID. | -        |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 01     |       | LUVA Nº 7.0          | PAR   | 02       |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     |       | LUVA Nº 7.5          | PAR   | 01       |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. |        |       | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR   | 03       |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 80     |       | PVPI DE GERMANTE     | ML    | 150      |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  |        |       | PVPI TÓPICO          | ML    | 100      |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    |        |       | PVPI TINTURA         | ML    |          |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 02     |       | SERINGA 20CC         | UNID. | 02       |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. |        |       | SERINGA 10CC         | UNID. | 02       |       |
| ESPARADRAPO             | CM    |        |       | SERINGA 5CC          | UNID. |          |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. |        |       | SERINGA 3CC          | UNID. |          |       |
| FORMOL                  | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO     | UNID. | 02       |       |
| GASES                   | PAC.  | 04     |       | SONDA URETRAL        | UNID. |          |       |
| JELCO Nº                | UNID. |        |       | Calça 02             |       | 01       |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | Ocorrência           |       |          |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       | -      |       | Eleição              |       | 01 unid. |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       | -      |       | Escalpe              |       | 02 unid. |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       | -      |       | Crepom               |       | 02 unid. |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       | -      |       |                      |       |          |       |
| ALCOFIL                 |       | -      |       |                      |       |          |       |
| MONONYLON               |       | -      |       |                      |       |          |       |
| FITA UMBILICAL          |       | -      |       | ENFERMARIA:          |       |          |       |
| VICRYL                  |       | -      |       | CIRCULANTE:          |       |          |       |
| PROLENE                 |       | -      |       | Silvana morish       |       |          |       |

Dr. Jamerson M. de Lencastre  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3878 TEOT: 11894

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

|                         |                                   |
|-------------------------|-----------------------------------|
| Mudança de Procedimento | Órtese e prótese - OPME           |
| Diária de UTI           | Fatores de Coagulação             |
| Diárias de Acompanhante | Gasoterapia                       |
| Hemoderivados           | Nutrição Parenteral / Enteral     |
| Diálise / Hemodiálise   | Procedimento fora da faixa etária |
| Albumina Humana 20%     |                                   |

HOSPITAL: HUT CNPJ: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: Jefferson Alexandre de Sousa Nº AIH: 939.811  
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Jamerson CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

HD: 60 pontos @  
 Fios de Kirsch  
 n° 2,0

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 23 AGO 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Lda C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-479  
 Teresina-Pi

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.  
 Ortopedia / Traumatologia  
 Cir. Quadri  
 CRM: 3878 / TEOT: 11094

DATA: 27 05 2019

Assinatura do Médico Solicitante

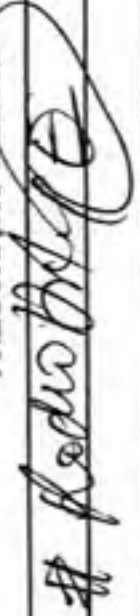
### AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | PRONTUÁRIO | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|------------|------------|-------|-------------------|
| JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 37260      | Ortopédica |            |       |                   |
| <div> <div>DATA/HORA<br/>CÓDIGO</div> <div> <div>PRESCRIÇÃO MÉDICA</div> <div>  </div> </div> </div>                                                                                                                                                   |  |            |            |            |       |                   |
| <div> <div>26/05/19</div> <div> <div>DIETA ZERO</div> <div>SF 0.9% 500 ml + SG 5% 500ML EV EM 12H</div> <div>DIPIRONA 1G EV DIL 6/6H</div> <div>TILATIL 20mg + AD EV 12/12H</div> <div>TRAMADOL 100MG DIL EV 8/8H SE DOR MAIS FORTE</div> <div>PLASIL 10MG DIL EV 8/8H SOS</div> <div>CUIDADOS Gerais + Sinais vitais</div> </div> </div> |  |            |            |            |       |                   |
| <div> <div>9</div> <div> <div> <div>Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto</div> <div>Médico Ortopedista</div> <div>CRM-PI: 3054</div> </div> <div> <div>23 AGO 2019</div> <div> <div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</div> <div>DPVAT</div> <div>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</div> </div> </div> </div> </div>                                            |  |            |            |            |       |                   |
| <div> <div> <div> <div>27-05-19</div> <div>07:00-666 19.698660</div> <div>repto Histo Patologia</div> <div>Exame ao CC</div> </div> <div> <div>Dr. Elcio Lemos C. Filho</div> <div>CRM-PI: 301092</div> </div> </div> </div>                                                                                                              |  |            |            |            |       |                   |
| <div> <div> <div> <div> <div>HORÁRIOS</div> <div> <div>27-05-19</div> <div>07:00-666 19.698660</div> <div>repto Histo Patologia</div> <div>Exame ao CC</div> </div> </div> <div> <div>Dr. Elcio Lemos C. Filho</div> <div>CRM-PI: 301092</div> </div> </div> </div> </div>                                                                |  |            |            |            |       |                   |
| <div> <div> <div> <div> <div>OBSERVAÇÕES / ALERGIAS</div> <div> <div>27-05-19</div> <div>07:00-666 19.698660</div> <div>repto Histo Patologia</div> <div>Exame ao CC</div> </div> </div> <div> <div>Dr. Elcio Lemos C. Filho</div> <div>CRM-PI: 301092</div> </div> </div> </div> </div>                                                  |  |            |            |            |       |                   |

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

Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

239815

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

**5828856**

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

4-CNES

**5828856****239815****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS**

6 - Prontuário: 37260

7-CNS: 202196278800002

8-Nascimento: 22/08/1999

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: ALBETIZA DE SOUSA SILVA

12-Fone: 86- 3214-3966

13-Res: FRANCISCA

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: QD 147 CS 07 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBSGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

acidente politrauma escoriações e contusões múltiplas  
rx fratura radio distal esquerdo  
dor edema localDEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

21 - Condições que justificam a internação:

tratamento cirúrgico

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 493 Loja E  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

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

exame clínico e rx

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim: 5525

25-CID Sec: 1

26-CID Causa: 1

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS  
2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

26/05/2019

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

35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CMB)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36- ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bônus:

41-Série:

37- ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-Cb09:

38- ) Acidente Trabalho-Trajetos

45 - Vínculo com a Previdência:

) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documentor:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura: (CAIO VAZ)

Consulta Local: 723560

Consulta SUS:

Impressão: 26/05/2019 20:01:35

Soreado de Silva Barros

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS** (Prontuário: 37260)  
Endereço: QD 147 CS 07 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/08/1999 Idade: 19a9m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723502  
Requisição: 958581 Solicitação: 26/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
Controle: 1225935 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/05/2019

**T.C. DE CRANIO**

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

**RELATÓRIO:**

- HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL À DIREITA.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- SINUSOPATIA MAXILAR ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/05/2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

**23 AGO 2019**

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

*[Handwritten signature and notes]*

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS** (Prontuário: 37260)  
Endereço: QD 147 CS 07 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/08/1999 Idade: 19a9m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723502  
Requisição: 958581 Solicitação: 26/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
Controle: 1225938 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 26/05/2019

**T.C. DE COLUNA CERVICAL**

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

**RELATÓRIO:**

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:** TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/05/2019

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**23 AGO 2019**

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

# TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.635 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3432 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registradas todas as etapas do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Deixando sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM REQUISITOS DO  
IST - FUNDO DE AMPLIAÇÃO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://TRABALHO.GOV.BR)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

163.02075.88-3

3026267

0060

PI

Jefferson Alexandre de Sousa Barros



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

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

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

FILIAÇÃO ALBERTO DE SOUSA SILVA  
JOSÉLO DA SILVA BARROS

NASCIMENTO 22/09/1999

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

NATURALIDADE TERESINA - PI

DOCUMENTO R.G. - 4126627 - SSP - PI

LEI Nº 8.040, DE 18 DE MAIO DE 1990

CPF 080.128.453-43

TÍT. ELEITOR

LOCAL DE VOTAÇÃO PI - TERESINA

DATA DE EMISSÃO 05/06/2019

ZONA

CNH

SEÇÃO

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FEIÇÃO

IDADE NASC. DE / / DATA

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

1 - NOME 2 - DATA 3 - DOCUMENTO 4 - NOME 5 - DATA 6 - DOCUMENTO 7 - NOME 8 - DATA 9 - DOCUMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*Keylly Moura de Oliveira*  
0601401 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.062-470  
Teresina-PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME  
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO  
EVA MOURA DA SILVA  
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA DATA DE NASCIMENTO  
18/12/1979

BARÃO DE GRAJAU-MA

CERT.NASC. 39751 V 53A F 097  
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI  
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190497023 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## 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 (FIOS KIRSCHNER) . P4 ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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:** 3190497023 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## 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 (FIOS KIRSCHNER) . P4 ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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: Jefferson Alexandre de Sousa Barros

RG: 9.526.607 Órgão Emissor: SSP-PI

CPF: 092.226.48363 Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: solteiro Profissão: Altonomo

Endereço: Q 244 E 25 Res. Jacinta Nº 25

Bairro: ST maria Cep: 64.013-455 Cidade/UF: TEREPI

Telefone: (86) 99472 9591 (86) 98807 7870

### OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira

RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 ( ) ( )

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 fim e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Jefferson Alexandre de Sousa Barros

CPF: 092.226.48363 Data do Acidente: 26/05/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) D&MS ( ) Morte

Teresina 07/06/2019

Local e data

Jefferson Alexandre de Sousa Barros  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÃO PRESTÍGIOS SAMPÃO  
P. OFÍCIO DE NOTAS  
Kátia Gabriela de Silva Santos  
Escritório Autenticado

CARTÃO P. OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Castello de Rêverde, 405 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

RECORREO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS - DOU FE EM TEREPI DA VENCENDE -  
Teresina-PI, 17/06/2019. Selo: 00021877-9-00F  
www.tjpi.jus.br/po-et-al-pce  
KATIA GABRIELA DA SILVA SANTOS-RECORRENTE AUTENTICADA  
Selo 13.85 TJPI 01.71 FIMB/P1.010 Selo-10.26 Total 14.96 - 08.91  
PROCURAÇÃO PARTICULAR

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291939/19

**Vítima:** JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARR

**CPF:** 092.126.483-63

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 26/05/2019

**Titular do CPF:** JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

### JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS : 092.126.483-63

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](http://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: 23/08/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



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

**Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190497023**

**Vítima: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS**

**Data do Acidente: 26/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS**

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: **JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS**

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

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000094692-2**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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: 092.126.483-63 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Alexandre de Sousa Brito

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

5 - Nome completo: Jefferson Alexandre de Sousa Brito 6 - CPF: 092.126.483-63  
7 - Profissão: Alimento 8 - Endereço: 2149 casa 25 Jacinta Andrade 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: St Maria 12 - Cidade: Itresina 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.000.000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 861994729991

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Comente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0004 03 CONTA: 94692 2

(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 reconhecimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que:

- ☐ 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ 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 deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos 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 298 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o 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: Teresina - Piauí 30.08.15

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Rosende, 465 Lga C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**CAIXA**  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLIND DE ABREU  
DATA: 08/07/2019 HORA: 08:42:48  
TERMINAL: 20041820 CONTROLE: 200418260002

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00094692-2  
NOME: JEFFERSON ALEXANDRE DE S BARROS  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002293/2019-46**



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: **Cláudio Costa De Sousa**

Data/Hora: 17/06/2019 - 12:42

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

EM FRENTE À QD-102, CS-20, Nº

Complemento

Data/Hora

26/05/2019 - 11:00

542133

Bairro

JACINTA ANDRADE

Ponto de Referência

PELOTÃO DE POLICIA

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: **ALBETIZA DE SOUSA SILVA**

RG: 2334810 SSP PI

Mãe: FRANCISCA MARIA DE SOUSA SILVA

Pai: ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Endereço: QD-144, CASA 25, Nº

Complemento: RES. JACINTA ANDRADE

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8862-5267 86-9415-5232

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.062-470  
Teresina-PI

Nome: **JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS**

RG: 4126607 PI

Mãe: ALBETIZA DE SOUSA SILVA

Pai: JORCÉLIO DA SILVA BARROS

Endereço: O MESMO DA NOTICIANTE, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA

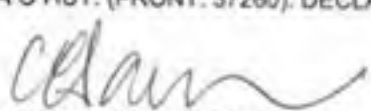
**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A NOTICIANTE, MÃE DA VITIMA, RELATA QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 FAN ESDI, PLACA PID-6748-PI, COR PRATA, RENAVAM 01023509528, PROP. DA NOTICIANTE, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 37260). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

  
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

  
ALBETIZA DE SOUSA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 092.126.483.63 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Alexandre de Souza Brito

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

5 - Nome completo: Jefferson Alexandre de Souza Brito 6 - CPF: 092.126.483.63  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua 25 Jacinta Andrade 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: St Maria 12 - Cidade: Brusina 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.000.000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (86) 994729591

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2004 03 CONTA: 94692 2  
(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 LAÍDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentarei recurso ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, apresentando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data da morte 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 netos (vivos)? ☐ 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 deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentar e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina - Piauí 30.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



|                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Dados do Chamado                                                                                                  | 01 Nº do chamado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 02 Data do chamado                                                                                                    | 03 PRO (código)                                                                                                                                        | 04 Saída do PA                                                                      | 05 Chegada ao local                             |
|                                                                                                                   | 06 Saída do local                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 07 Chegada ao 1º hospital                                                                                             | 08 Saída do 1º hospital                                                                                                                                | 09 Chegada ao 2º Hospital                                                           |                                                 |
| Local da Ocorrência                                                                                               | 10 Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                 |
|                                                                                                                   | 11 Bairro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12 Município-UF                                                                                                       | Código IBGE                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                 |
|                                                                                                                   | 13 Ponto de referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                 |
| Dados do Paciente                                                                                                 | 14 Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 15 Sexo                                                                                                               | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>3 - Ignorado                                                                                                          |                                                                                     |                                                 |
|                                                                                                                   | 16 Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?                                                                          | 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado                                                                                                                           |                                                                                     |                                                 |
| Tipo de Ocorrência                                                                                                | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                 |
|                                                                                                                   | 01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espantamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica<br>06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico<br>11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares<br>16 - Outros<br>17 - Já removido<br>18 - Falso chamado |                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                 |
| Acidente de Transporte                                                                                            | 19 Vitima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20 Meio de locomoção                                                                                                  | 21 Outra parte envolvida                                                                                                                               | 22 Equipamentos de segurança                                                        |                                                 |
|                                                                                                                   | 1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>4 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta<br>5 - Ônibus/Micro-ônibus<br>6 - Outro<br>7 - Ignorado | 1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta<br>5 - Objeto fixo<br>6 - Animal<br>7 - Outra<br>8 - Ignorado             | 23 - Capacidade do Airbag<br>24 - Cinturo de segurança<br>25 - Assento para criança |                                                 |
| Exame Físico                                                                                                      | 23 Glasgow = 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                       | 24 Sinais Vitais                                                                                                                                       |                                                                                     | 25 Local de lesão                               |
|                                                                                                                   | ABERTURA OCULAR<br>1 - Espontânea<br>2 - A voz<br>3 - A dor<br>4 - Nenhuma<br>5 - Orientada<br>6 - Confusa<br>7 - Palavras (inapropriadas)<br>8 - Palavras incompreensíveis<br>9 - Nenhuma                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       | RESPOSTA MOTORA<br>1 - Obedece a comandos<br>2 - Localiza dor<br>3 - Movimento de retirada<br>4 - Flexão anormal<br>5 - Extensão anormal<br>6 - Nenhum |                                                                                     | Pulso 96<br>Resp 13x3<br>PA 130x80<br>Sato2 99% |
| Assistência                                                                                                       | 26 Pupilas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       | 27 Pulso                                                                                                                                               |                                                                                     | 28 Sangramento                                  |
|                                                                                                                   | 1 - Iguais 2 - Desiguais<br>1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       | 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa                                                          |                                                                                     | 1 - Sim 2 - Não                                 |
| Hospital de Destino                                                                                               | 30 Fratura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                       | 31 Procedimentos realizados                                                                                                                            |                                                                                     | 32 Hospital de Destino                          |
|                                                                                                                   | 1 - Sim 2 - Não<br>3 - Suspeito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                       | 1 - Sim 2 - Não<br>3 - Suspeito                                                                                                                        |                                                                                     | 1 - Sim 2 - Não<br>3 - Suspeito                 |
| Observações Interdisciplinar                                                                                      | 33 Condições de entrada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                       | 34 Óbito                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                 |
|                                                                                                                   | 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       | 1 - Sim 2 - Não<br>3 - Suspeito                                                                                                                        |                                                                                     |                                                 |
| Paciente vitimado de colisão muito com<br>motor, com trauma na região frontal e<br>elevações concussão, orientada |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                 |
| Recebo em sala de recepção                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Socorrista Médico                                                                                                     |                                                                                                                                                        | Enfermeiro                                                                          |                                                 |
|                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | AE/TE                                                                                                                 |                                                                                                                                                        | Condutor                                                                            |                                                 |

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 3400

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.532.917/0001-00

*NEURO OR*  
*CRURG. GERAL OK*  
*B/C/O OK*  
*ONTO*  
 22/05/2019 12:30

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

|                                                                                   |                                           |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS                                  |                                           | <b>Prontuário:</b> 37260                          |
| <b>Mãe:</b> ALBERTA DE SOUSA SILVA                                                | <b>Pai:</b> JORCELIO DA SILVA BARROS      |                                                   |
| <b>End. Resid.:</b> QD 347 CS 07 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                                           |                                                   |
| <b>Nascimento:</b> 22/06/1989                                                     | <b>Idade:</b> 19a9m4d                     | <b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86- 3214-3966 |
| <b>Responsável:</b> FRANCISCA                                                     | <b>CNS:</b> 202196278800002               |                                                   |
| <b>Profissão:</b> NAO INFORMADO                                                   | <b>Documento:</b> Reg.Nasc: NAO INFORMADO |                                                   |
| <b>G. Instrução:</b> NAO informado                                                | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a)               |                                                   |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                                             |                                     |                        |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Código:</b> 723502                                                                       | <b>Entrada:</b> 26/05/2019 12:02:56 | <b>Convênio:</b> S U S | <b>Proced:</b> 0301(6006) |
| <b>Motivo da Procura</b>                                                                    |                                     |                        |                           |
| <b>(Conforme Paciente/Acomp):</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOCICLISTA) |                                     |                        |                           |
| <b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU                                                         |                                     |                        |                           |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                                                                                                                       |                                   |                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anal/Sintoma de Apresentação:</b>                                                                                                  | <b>Classificação:</b>             | <b>Cor:</b>                                                                                                                                                                                       |
| TRAUMA MAIOR                                                                                                                          | Mecanismo do trauma significativo | Laranja                                                                                                                                                                                           |
| <b>Breve História Clás. Risco:</b>                                                                                                    |                                   |                                                                                                                                                                                                   |
| PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SEM USO DE CAPACETE. QUADRO DE TCA + FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL E FACE. |                                   |                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                       |                                   | 23 AGO 2019<br>GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Cordeiro de Azevedo 455 Lado C<br>Centro-Norte CEP: 64.002-470<br>Teresina-PI<br>MARILENE SIQUEIRA SILVA<br>COREN - 383344<br>Em: 26/05/2019 12:07:30 |

**SSVV: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)**

|                      |                       |                                    |               |             |                      |
|----------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------|-------------|----------------------|
| <b>Peso:</b> 0,80 Kg | <b>Altura:</b> 0,00 M | <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m <sup>2</sup> | <b>Pulso:</b> | <b>Imp:</b> | <b>Pressão:</b> mmHg |
|----------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------|-------------|----------------------|

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ CERCA DE 2 HORAS. TRAZIDO PELO SAMU COM USO DE COLAR E FRANCA CERVICAL. ALCOOLIZADO

A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICO, COM COLAR E FRANCA CERVICAL

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RUÍDOS OU SIBILLOS. RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT O2:98%, VE 93, VM 13

C) RR, TT, HHV, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ADORETO BRANCO, INDOLORE A PALPAÇÃO. PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR., PA 120x80, ENCHIMENTO CAPILAR 2s

D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, REFLEXO PÁRPA DE CONSCIÊNCIA, SEM SINAIS DE ALERTA

**Diagnóstico Inicial:**

T

**Exames Complementares:**

- (1225935) - T.C. DE CRÂNIO  
 (1225936) - T.C. DE COLUNA CERVICAL  
 (1225937) - PELVE

**Prescrição Médica:**

- 1- Halotel - 01 amp IM *16:30*  
 2- Fenepan - 01 amp IM *16:30*  
 3- Dexametil - 1/2 amp IM *16:30*

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: / /

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
 CRM 3811, Em: 26/05/2019 12:27:48

PA: 140x110 mmHg  
 8:20 FC 115 bpm, SpO2 94%

# 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: 06/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000094692-2

---

Nr. da Autenticação 2990E260DD0363A6

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>2</sup> 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 COAF<sup>3</sup>**.

<sup>2</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>3</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Maria de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jefferson Alexandre de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.126.483-63 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jefferson Alexandre de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.126.483-63, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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



|                                                 |                            |                         |                                                 |
|-------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua Umbu e Quatro de Janeiro</u> |                            | Número<br><u>554</u>    | Complemento                                     |
| Bairro<br><u>Centro</u>                         | Cidade<br><u>Terresina</u> | Estado<br><u>PI</u>     | CEP<br><u>64.000.902</u>                        |
| E-mail                                          |                            | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>(86) 994729591</u> |

Ter, 15 de 08 de 19  
Local e Data

Kelly Maria de Oliveira  
Assinatura do Declarante