

Controle de documentos | Consulta processos - Processo Ju... | 0800812-61.2019.8.18.0100 - Pro... | Baixar o arquivo | iLovePDF

Não seguro | tjpj.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=392073&ca=15125aede4e0f505528916db2... | Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0800812-61.2019.8.18.0100
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

8934902 - CONTESTAÇÃO (2705505 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 23/03/2020 10:21:56

23 Mar 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8934901 - CONTESTAÇÃO
 - 8934902 - CONTESTAÇÃO (2705505 CONTESTACAO 01)
 - 8934907 - Documentos (2705505 CONTESTACAO Anexo 02 compressed)
 - 8934903 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 8934904 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 8934906 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:21

03 Mar 2020

EXPEDIÇÃO DE AVISO DE

downloadBinario.seam 1 / 10

2706858- CS/ 2020-01218/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MANOEL EMÍDIO/PI

Processo: 08008126120198180100

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PT 10:22 23/03/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MANOEL EMIDIO/PI

Processo: 08008126120198180100

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 **JAILSON DOS SANTOS ARAUJO**, 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 **22/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **24/09/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

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

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

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

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

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

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, foi possível verificar a seguinte gradação:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190343531	Cidade: Eliseu Martins	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO	Data do acidente: 22/09/2018	Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 25/07/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. (P9)				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P10 P11)				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **22/09/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA	
FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE	
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
BANCO: 237	AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6
DATA DA TRANSFERENCIA:	31/07/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50
*****TRANSFERIDO PARA:	
CLIENTE:	JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
BANCO:	237
AGÊNCIA:	05794-0
CONTA:	000000723267-5
Nr. Autenticação	
BRADESCO3107201905000000000023705794000000723267236250 PAGO	

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

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio 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.

⁷art. 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,

MANOEL EMIDIO, 17 de março de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
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 **JAILSON DOS SANTOS ARAUJO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MANOEL EMIDIO**, nos autos do Processo nº 08008126120198180100.

Rio de Janeiro, 17 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Outros

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343531
Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
Data do Acidente: 22/09/2018
Cobertura: INVALIDEZ



11 JUL 2019

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder DPV/

Senhor(a), JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175998/19

Número do Sinistro: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 801.830.003-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: JAILSON DOS SANTOS
ARAUJO

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 801.830.003-82

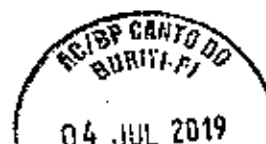
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

DESTINATÁRIO:
LIDER DPVAT
5, R. da Assembléia, 100 - 16º andar -
Centro, RIO DE JANEIRO-RJ
CEP: 20011-904



Correios		REGISTRADO URGENTE registered priority	PESO (kg) weight 40,25
Recobrador			☒ AR ☐ MP
Assinatura	Doc.		
JU 73802741 8 BR			

REMETENTE:
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
R. JOSÉ MESSIAS, SN
CENTRO, ELISEU MARTINS -PI
CEP: 64880-000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190343531 **Cidade:** Eliseu Martins **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. (P9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P10 P11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190343531 **Cidade:** Eliseu Martins **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. (P9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P10 P11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175998/19

Número do Sinistro: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 801.830.003-82

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 22/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 801.830.003-82

JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175998/19

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 801.830.003-82

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JAILSON DOS SANTOS ARAUJO : 801.830.003-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 801.830.003-82

JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JAILSON DOS SANTOS ARAUJO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000005794-0**

Conta: **000000723267-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 801830003-82 CPF da vítima: 801830003-82 Nome completo da vítima: Faílson dos Santos Araujo

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

Nome completo: Faílson dos Santos Araujo CPF: 801830003-82

Profissão: Autônomo Endereço: Rua José Messias Número: 514 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Eliseu Martins Estado: PI CEP: 64.880-000

E-mail: failsonaraujo@hotmail.com Tel.(DDD): 89994.197588

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco Autorização de pagamento

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6794 CONTA: 0723267

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

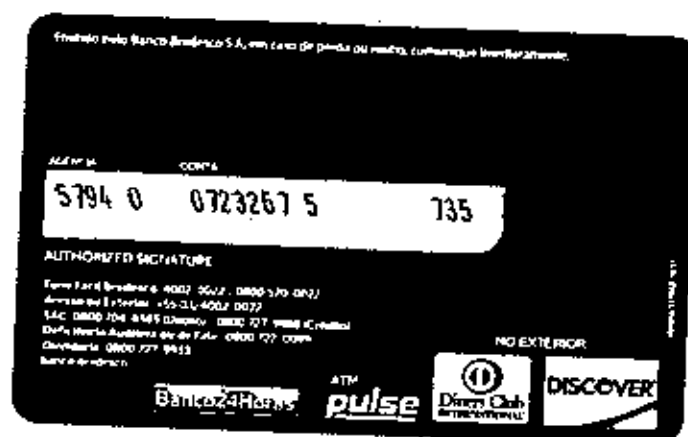
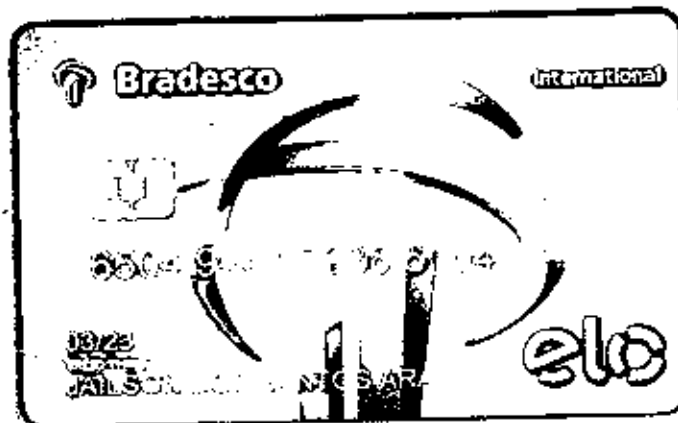
Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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

8ª DRPC SÃO RAIMUNDO NONATO
Rua Antonio Carvalho,
s/n - Milonga - Fone: (89) 3582-3426

1239 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 252845.000008/2018-64

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Maxnandro De Sa Santos

Data/Hora: 24/09/2018 - 16:20

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELISEU MARTINS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELISEU MARTINS

Endereço

LOCALIDADE BURITI, Nº:

Complemento

Boletim de ocorrência



Data/Hora

22/09/2018 - 19:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

RG: 1572457

Mãe: DURVALINA DOS SANTOS ARAUJO

Pai: ALCINO PAZ DE ARAUJO

Endereço: RUA JOSE MISSIAS, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: ELISEU MARTINS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RECEBIDO

15 MAI 2019

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Seguradora Líder DPVAT

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Dano.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - FIAT.

Siena

2008 NHW9765 9BD17206G83441749

967435013

Preta

Condutor: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

RG: 1572457 Órgão: UF RG:

End: RUA JOSE MISSIAS Número: Complemento:

Cidade: ELISEU MARTINS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: ALCINO PAZ DE ARAUJO

End: RUA JOSE MISSIAS Número:

Cidade: ELISEU MARTINS UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE COMPARECEU NESSA DELEGACIA DE POLICIA PARA RELATAR QUE SOFREU UM ACIDENTE NO CARRO ACIMA QUALIFICADO; QUE O FATO SE DEU QUANDO A VITIMA ESTAVA TRAFEGANDO NA CARRO ACIMA QUALIFICADO. SE DESLOCANDO DA LOCALIDADE BURITI INDO EM DIREÇÃO A CIDADE DE ELISEU MARTINS/PI, QUANDO DE REPENTE APARECEU UM ANIMAL, QUE NO MOMENTO EM QUE FOI TIRAR O CARRO DO ANIMAL, PARA NÃO COLIDIR, INSTANTE QUE VINHA UM CAMINHÃO EM SUA DIREÇÃO, QUANDO TIROU DA CAMINHÃO, QUANDO DESCEU A RIBANCEIRA, VINDO A BATER O CARRO EM UMA ARVORE FORA DA PISTA VINDO A DANIFICAR O CARRO. ERA O QUE TINHA PARA RELATAR.

Maxnandro De Sa Santos, Mat. 2991462
AGENTE DE POLICIA

Jailson dos Santos Araujo
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

1º Ofício

Reconheço por autenticidade a firma e letra

Eliseu Martins
Alcides

O referido é verdade e dou fé

Eliseu Martins, 21/10/2013

Em Teste Alcides de verdade

Alcides
Oficial

1º Ofício

Poder Judiciário
Comarca de Eliseu Martins - Piauí

Cartório
Rua Souza

Alcides
Oficial

REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: 119 DATA: 21/11/12

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. 155

NOME DO PACIENTE: Juliano dos Santos

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 22

SAÍDA DO P.A.: 16:15 CHEGADA AO LOCAL: 16:15

SAÍDA DO LOCAL: 16:15 CHEGADA AO HOSPITAL: 23:25 (MRTA)

SAÍDA DO HOSPITAL: 04:16 CHEGADA PA: 04:16

- 01 - ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02 - ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03 - ☐ URGÊNCIA PSQUIÁTRICA
04 - ☐ ENVENENAMENTO
05 - ☐ AFOGADOS
06 - ☐ QUEIMADURAS
07 - ☐ CHOQUE ELÉTRICO

- 08 - ☐ QUEDA
09 - ☐ MAL SÚBITO
10 - ☐ URGÊNCIA OBSTERÍCIA
11 - ☐ OUTROS
12 - ☐ JÁ REMOVIDO
13 - ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☒
RESPONDER A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☐
CONFUSA ☒
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
MÍNIMO ☒
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80
PULSO: 110
RESPIRAÇÃO: 20

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. 155

PRESCRIÇÃO: 100mg de Paracetamol - 1x/dia - 3 dias

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☒ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR
☒ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES

- ☒ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

☒ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

OBSERVAÇÃO: resposta de trauma com hematomas

HOSPITAL DE DESTINO: Sociedade de Socorro - 119

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

DATA: 21/11/12

SOCORRISTA

MOTORISTA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 022121 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Declaração de Inexistência de IML**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Wilson dos Santos Araújo8018300003-8222/09/2018**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

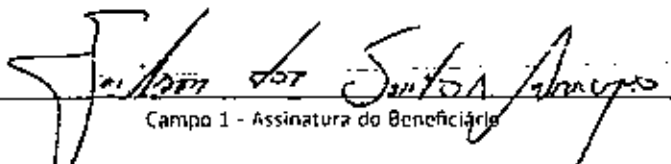
O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Gláucia Martins P.E. 22 de Abril de 2019

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05794-0

CONTA: 000000723267-5

Nr. Autenticação

BRADESCO3107201905000000000023705794000000723267236250 PAGO

Comprovante de residência



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 301 II - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300		CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888	
MÊS/ANO : 01/2019		VENCIMENTO : 26/03/2019	
MATRÍCULA : 27024113			
ALCINO PAZ DE ARAÚJO RUA JOSE MESSIAS, NUM. 8/N CENTRO ELIZEU MARTINS PI 54880-000			
INSTRUÇÃO DE LÊITURA: 011.011.0232.00			
CATEGORIA REGIDENCIAL		CONDIÇÃO 1	
INSTRUMENTO A12G055478		VOL. FATURADO 10	
DESCRIÇÃO REAL		Nº DA CONTA 78542356	
DT. LÊIT. ANTER. 31/01/2019	DT. LÊIT. ATUAL 26/02/2019	DIAS CONSUMO 26	LÊIT. ANTERIOR 798
LÊIT. ATUAL 807		MÉDIA 13	
MÊS/ANO CONSUMO 02/2019 12	MÊS/ANO CONSUMO 01/2019 15	MÊS/ANO CONSUMO 12/2018 14	MÊS/ANO CONSUMO 11/2018 11
MÊS/ANO CONSUMO 10/2018 15	MÊS/ANO CONSUMO 09/2018 12		
DISCRICÃO			
TARIFA DE ÁGUA		28,72	
MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 001/001		1,60	
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		2,16	
JUROS DE MORA 001/001		1,18	
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS		TOTAL A PAGAR(R\$)	
Base de Cálculo: 32,66		32,66	
TR: 1,50	CONFIR: 0,98		
CSLL: 0,33	DIA/PASEP: 0,23		
AVISO DE DÉBITO! CONTRA: 1 VALOR: 43,49 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE 1 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR			

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR		
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/M
Turbidez	0,30	5,0
pH	6,12	S.D.A. 9,5
Cor	4,00	15,0
Cloro	1,50	0,2 a 5,0
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/M
Flores		1,5
Ferro	0,00	0,3
Colif. Total	Ausente	0
Colif. Fecal	Ausente	0

REGISTRO-DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: 192 DATA: 11/11/11

LOCAL DA OCORRÊNCIA: 15

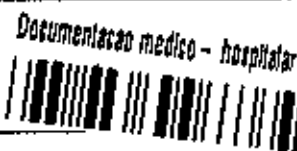
NOME DO PACIENTE: Wilson dos Santos

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 12

SAÍDA DO P.A.: 1 CHEGADA AO LOCAL: 7.7

SAÍDA DO LOCAL: 7 CHEGADA AO HOSPITAL:

SAÍDA DO HOSPITAL: CHEGADA PA:



- 01 - ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02 - ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03 - ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
04 - ☐ ENVENENAMENTO
05 - ☐ AFOGADOS
06 - ☐ QUEIMADURAS
07 - ☐ CHOQUE ELÉTRICO

- 08 - ☐ QUEDA
09 - ☐ MAL SÚBITO
10 - ☐ URGÊNCIA OBSTERÍCIA
11 - ☐ OUTROS
12 - ☐ JÁ REMOVIDO
13 - ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDER A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☐
CONFUSA ☒
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☐
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
MÍNIMO ☒
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL
PULSO
RESPIRAÇÃO

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

PRESCRIÇÃO:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR
☐ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES

- ☒ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

- ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

OBSERVAÇÃO:

HOSPITAL DE DESTINO:

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

DATA: 11/11/11

SOCORRISTA

MOTORISTA

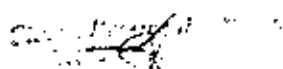
Wilson dos Santos
11/11/11

TERMO DE TRANSFERÊNCIA

Autorizo a equipe do SAMU 192 de Eliseu Martins, para a transferência do paciente Wagner dos Santos Araújo idade 12 RG nº 1.572.457 para tratamento médico no hospital Regina Tibúcio Nunes no município de Floriano, onde assumo a responsabilidade pela estabilização do paciente antes da transferência.

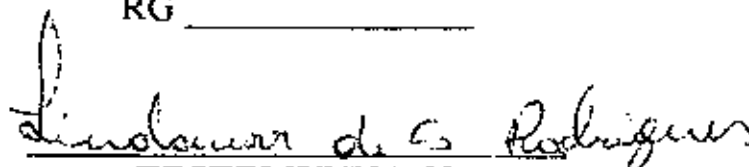
Eliseu Martins 22 de Setembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO



TESTEMUNHA 01

RG _____



TESTEMUNHA 02

RG _____

SUS-309.8010.3757.5394

tel - (87) 9463-0086



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE - SESAP

REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Nome Faibson dos Santos Araújo
 DN 14 / 09 / 1976 Sexo M Plano Saúde? SUS
 Endereço Avenida Presidente Médici 03
 Bairro Centro Município Eliseu Martins
 Data 22 / 09 / 18 Hora 23:29 Ass. Func. Aldemir

RG-1.572.453 Exp-13/07/05

Queixa Principal:

Acidente de moto

Exame Clínico:

Exame Complementares:

Diagnóstico Provável

Medicação Prescrita/ Procedimento Realizados:

Alta ☐ Internação ☐ Encaminhado a:

Assinatura Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo Médico

Mônica dos S. Araújo

Capa - 801-830.003-82

RECIBO DE REGISTRO
 RECEBIDO PMS
 DATA 15/10/18
 ASS. FABRÍCIO

RG-1.572.453 Exp-13/07/05



Hospital Regional Tibério Nunes

TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PRONTO SOCORRO

IDENTIFICAÇÃO:

PACIENTE: Tauren dos Santos Araújo SEXO: M IDADE:
MUNICÍPIO DE ORIGEM: U.F.:

HISTÓRICO - QUEIXA PRINCIPAL/ HISTÓRIA:

Pet zutoma de acidente automobilístico do
tipo colisão traseira direita em MLE.
Suspeito de fratura de fêmur E.

MEDICAÇÃO ATUAL:

Faz uso de Melipencina e ibuprofeno.

ALERGIAS:

Nenhuma

SINAIS E SINTOMAS:

P.A.= mm/hg T= °C GLICEMIA CAPILAR= mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

- ☐ PRIORIDADE ZERO: EMERGÊNCIA - Casos graves: necessita de atendimento imediato.
- ☒ PRIORIDADE 1: URGÊNCIA - Pacientes que necessitam de atendimento imediato, mais não correm risco de vida.
- ☐ PRIORIDADE 2: PRIORIDADE NÃO URGENTE.
- ☐ PRIORIDADE 3: CONSULTA DE BAIXA COMPLEXIDADE - Atendimento de acordo com o horário de chegada: Casos para atendimento na rede básica de saúde

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Levar para pronto-socorro

DATA: 22/04/13 HORÁRIO: 23:45

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:



SAMU
192



REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: 1132 DATA: 22/09/18
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: Ba. 135
 NOME DO PACIENTE: Jailson dos Santos Araújo
 SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 42
 SAÍDA DO P.A.: 19:44 CHEGADA AO LOCAL: 19:51
 SAÍDA DO LOCAL: 20:07 CHEGADA AO HOSPITAL: 20:13
 SAÍDA DO HOSPITAL: 20:35 CHEGADA PA: 19:25

- 01 - ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
 02 - ☐ AGRESSÃO FÍSICA
 03 - ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
 04 - ☐ ENVENENAMENTO
 05 - ☐ AFOGADOS
 06 - ☐ QUEIMADURAS
 07 - ☐ CHOQUE ELÉTRICO

- 08 - ☐ QUEDA
 09 - ☐ MAL SÚBITO
 10 - ☐ URGÊNCIA OBSTERÍCIA
 11 - ☐ OUTROS
 12 - ☐ JÁ REMOVIDO
 13 - ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
 RESPONDE A COMANDO ☒
 RESPONDER À DOR ☐
 SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☒
 DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☒
 CONFUSA ☐
 NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☒
 FRACO ☐
 AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
 MÍNIMO ☒
 MODERADO ☐
 INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 150 x 90
 PULSO 98
 RESPIRAÇÃO 22

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Ba. 135
 PRESCRIÇÃO: cl Amp. Diclofenaco + Oximetazolina 141
cl sem alienação + cl sem Ruzels

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☒ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR
☒ CURATIVOS
☒ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES

- ☒ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

☒ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

OBSERVAÇÃO: Suspeita de fratura no fêmur E.

HOSPITAL DE DESTINO: Hosp. da Regional Taboão das Marés

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

SOCORRISTA

DATA: 1/1/1

MOTORISTA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI
RUA GABRIEL FERREIRA S/N- BAIRRO MANGUINHA FLORIANO - PI

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU monica dos Santos Araújo
RESIDENTE _____ E _____ DOMICILIADO _____ A _____
RUA _____ IDENTIDADE _____
Nº _____ RESPONSÁVEL _____ PELO _____ PACIENTE _____
Joilson dos Santos Araújo ABAIXO ASSINADO DECLARO:

() AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA. APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO. BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS.

() AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MÉDICA. A AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) DO PACIENTE. ASSIM COMO A DESTINAÇÃO FINAL DO MEMBRO AMPUTADO SOB A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL. MEMBRO _____

() NÃO ACEITO A REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO. ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MEU ATO E ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.

() NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL. MESMO ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.

() NÃO AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE COM ESTE ATO.

(X) ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE. PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ALTA HOSPITALAR. MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE.

() AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA _____ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.

PACIENTE: _____

RESPONSÁVEL: Monica dos Santos Araújo

TESTEMUNHA: _____

FLORIANO. 23 DE setembro DE 20 18

Vinísson A. S. Cipriano
Enfermeira
COREN: 474.845

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional "Tibério Nunes"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

SUS

Sistema
Unico de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNG
709801037575394
10 - NOME DA MÃE
DURVALINAGALVAO DOS SANTOS ARAUJO
12 - ENDEREÇO
PRESIDENTE MEDICI, 3 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ELISEU MARTINS8 - DATA DE NASCIMENTO
14/09/19766 - Nº DO PRONTUÁRIO
1794149 - SEXO
Masc X 1 Fem 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9463-008614 - COD. 1990 MUNICÍPIO
220350215 - UF
PI
16 - CEP
64880-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paralisação da
atividade gástrica
há 10 dias*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Obstrução da
válvula de saída*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*Obstrução da
válvula de saída*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

*Obstrução da
válvula de saída S723*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

32 - ASS. E CARIMBO Nº DO ORÇ. Nº 102

*Dr. CORREIA P. Filho
CRM 17.338-7348*

33 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

34 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CATEGORIA DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
40 - ACIDENTE TRAB. TIPO 1
41 - ACIDENTE TRAB. TIPO 2

42 - CNES EMPRESA

43 - CNES EMPRESA

44 - GRUPO

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - PREVIDÊNCIA

47 - RAZÃO SOCIAL

48 - RAZÃO SOCIAL

49 - RAZÃO SOCIAL

50 - RAZÃO SOCIAL

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE42 - COD. DE EMISSÃO
0221350901

43 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

44 - COD. DOCUMENTO

45 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CNES (X) CPM

078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO Nº DO PRONTUÁRIO DO CONSELHO



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

LAUDO RADIOLOGICO

NOME: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

RX: COXA ESQUERDA

MÉDICO: DR. MILTON BATISTA

DATA: 23/09/2018

CONCLUSÃO:

CONTROLE DE OSTEOSINTESE DE FRATURA DO FEMUR ESQ
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Dr. Carlos Augusto Moura Fê
CRM 1341
Radiologista

Data ____/____/____

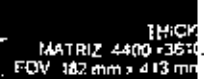
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



SERVER

WOLF 4095 204
ZOOM 192 84
* No IMGs.
IMG ATUAL
- AQUIS:





Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



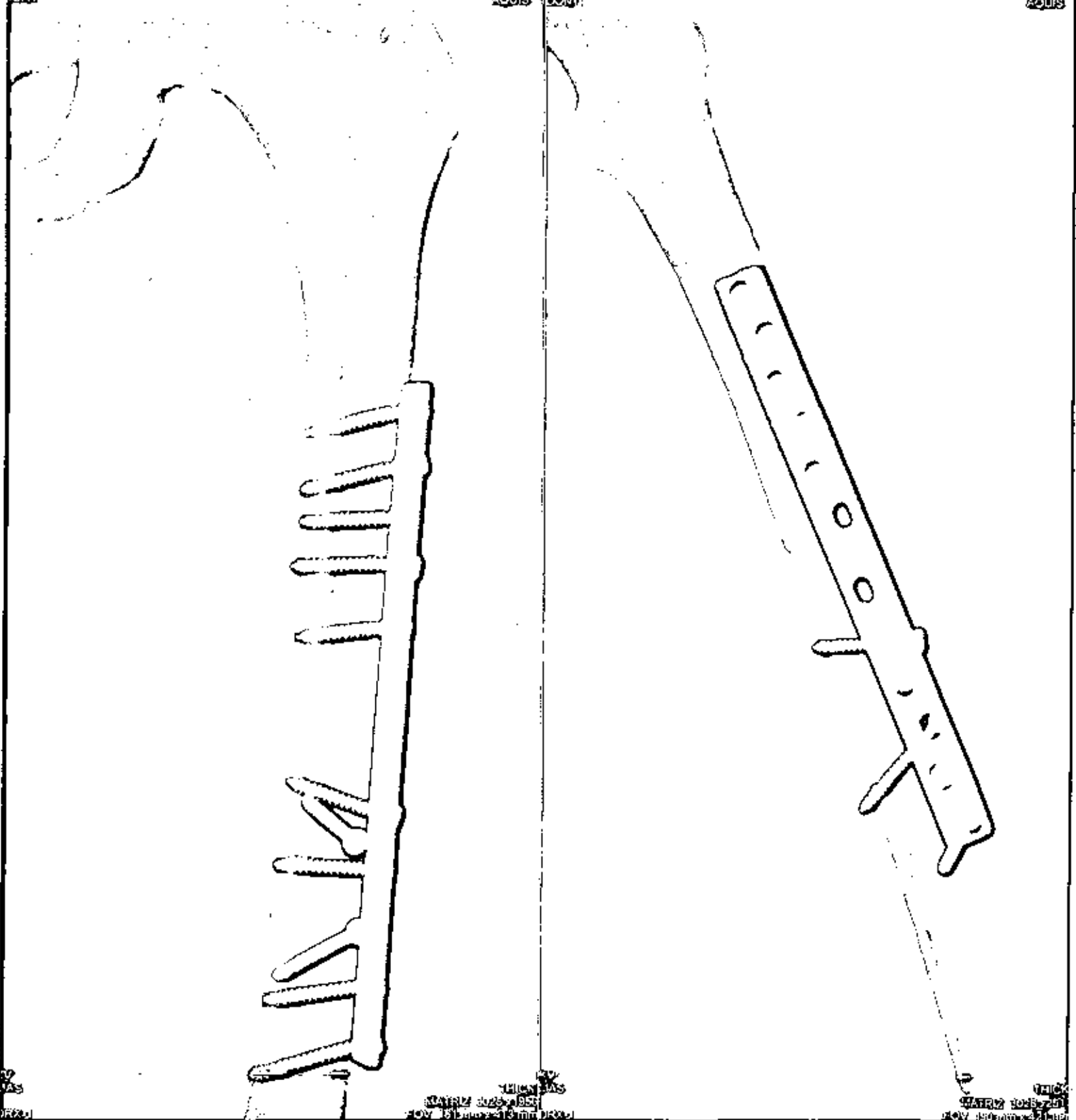
Paciente: 275144 JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

STO CENTROS ORTOPEDICOS TERESINA LTDA
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
275144
DATA 2019-09-04
ORIT

WV 4096 204
ZOOM 150 254
NO IMGS 10
MG ATUAL
AQUIS 2019

SERVER

WV 4096 204
ZOOM 150 254
NO IMGS 10
MG ATUAL
AQUIS 2019





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLÓGICO *****

No. Atend: 272819 Data: 23/09/2018

Paciente: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Solicitante: DR JOSE DE SAMPAIO

Convênio: PARTICULAR

Exame: 0249-RX COXA ESQUERDA

CONCLUSÃO:

**FRATURA FRAGMENTADA RECENTE DESALINHADA NA DIAFISE DO FEMUR
TALA GESSADA**

Teresina(PI), 30 de Outubro de 2018

Data 1 / 1 / 1


Dr. Carlos Augusto Moura Fê
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada**



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 272619 JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

SERIE

COT CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
Jailson dos Santos Araújo
Nº: 272619
DATA 20180923
CONT

W.L. 4096 2043
ZOOM: 189 887
NO.IMGST 0 272619
15.6 ATUAL
AQUIS

COT CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
Jailson dos Santos Araújo
Nº: 272619
DATA 20180923
CONT

W.L. 4096 2043
ZOOM: 189 887
NO.IMGST 0 272619
15.6 ATUAL
AQUIS

AV.
MAS
NRX-1

TMOR MAS
MATRIZ 3028 x 2517
FOV: 184 mm x 421 mm

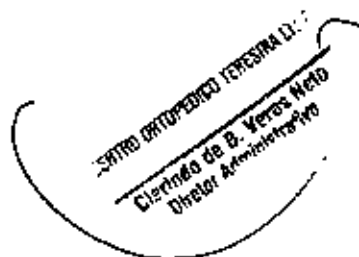
AV.
MAS
NRX-1

MATRIZ 3028 x 2517
FOV: 184 mm x 449 mm

Paciente: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
End. R STA ISABEL 654 Bairro PRIMAVERA Cid. TERESINA UF PI CEP Fone 89 99400 2022 Ident.: Fone 1 572 457 pl

Data: 23/09/2018 16:19 DR JOSE DE SAMPAIO * URGÊNCIA PARTICULAR
NO. ATEND. 272819 URGENCIA / CARTAO

paciente refere ter sido vítima de acidente de trânsito ontem,
apresenta fratura fechada da diáfise do fêmur esquerdo, em
uso de tala pelvicoanaleolar;
ef - escoriações em hemifaca esq, glasgow 15,
frankel E;
ME - edema +/3, nv +, com deformidade;
rx - fratura diáfise do fêmur esq
nega alergias
cd- internacao
pré-op





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

LAUDO RADIOLOGICO

NOME: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

RX: COXA ESQUERDA

MÉDICO: DR. MILTON BATISTA

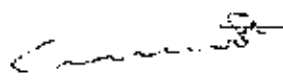
DATA: 24/09/2018

CONCLUSÃO:

FRATURA COMINUTIVA COM BOM ALINHAMENTO DE FRAGMENTOS NA DIAFISE DO FEMUR ESQ.

PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS

Data ____/____/____


Dr. Carlos Augusto Moura Fê
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

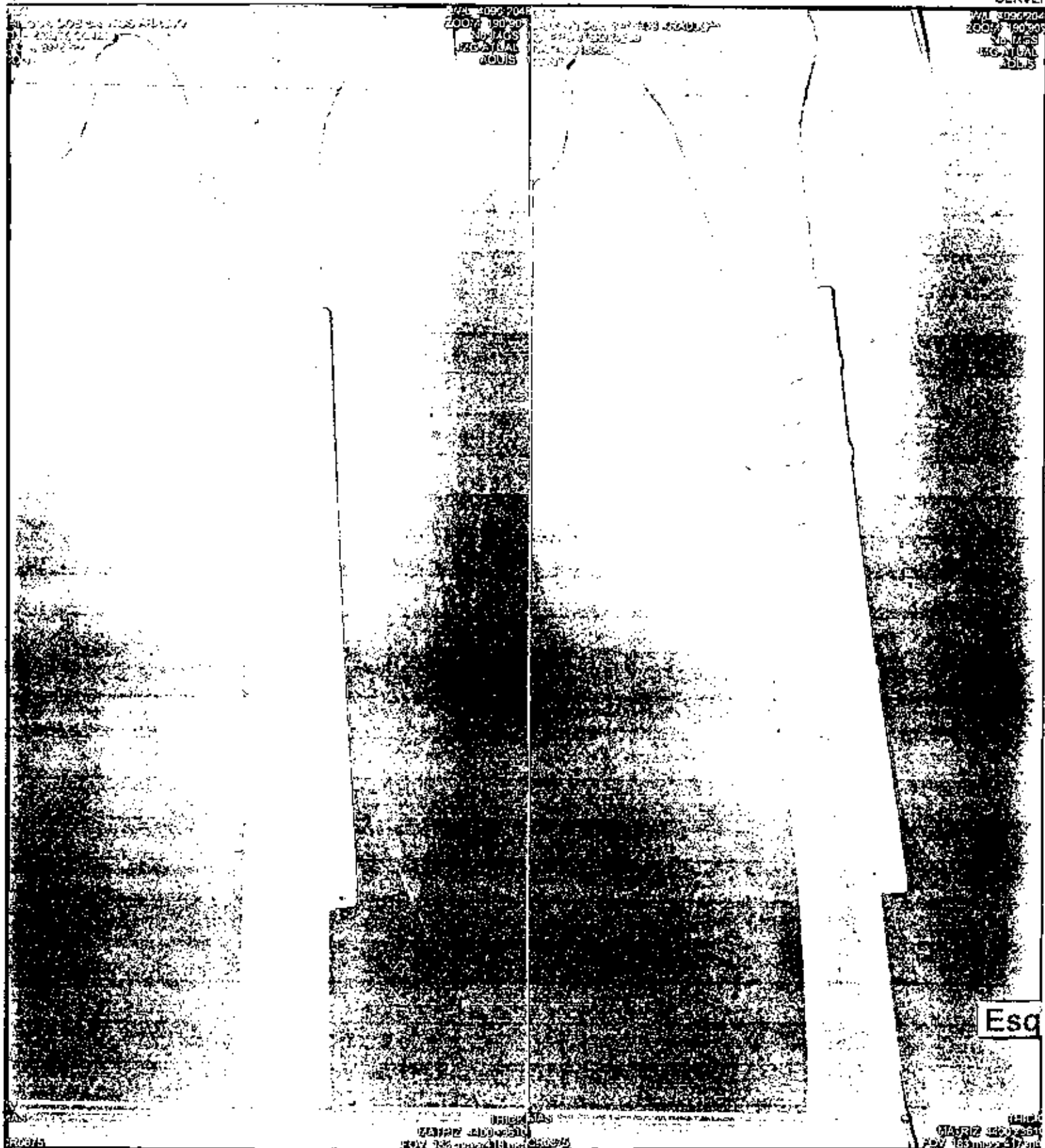


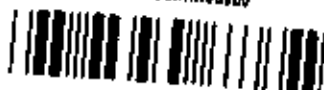
Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: PRONTOO24260 JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

SERVER





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **JAILSON DOS SANTOS ARAUJO**

DOC IDENTIDADE / FOTO EMBOCADOR: **1572457 SSPPI VI**

CPF: **801.830.003-62** DATA NASCIMENTO: **14/09/1976**

PROFISSÃO: **ALCINO PAZ DE ARAUJO**

DORVALINA DOS SANTOS ARAUJO

SEXO: **M** ALTURA: **1,70** LATIM: **42**

RESERVA: **1** VALIDADE: **15/05/2000**

862358568



CPF
Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
801.830.063-02

Nome
ELISEU MARTINS-PI

Nascimento
14/09/1976

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

Carteira de Identidade

Nome
Jailson dos Santos Araújo

Matrícula
1.572.457

DATA DE EMISSÃO
13/07/05

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nome
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Matrícula
1.572.457

DATA DE NASCIMENTO
14/09/1976

CERT. NASC.
854 L A12 P 52

EXP. ELISEU MARTINS-PI
02/12/94

801.830.063-02

Perito Criminal
LEIN 7 118 DE 2 2 33

BANCO DO BRASIL

Emissão

Nome
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Matrícula
1.572.457

DATA DE NASCIMENTO
14/09/1976

CERT. NASC.
854 L A12 P 52

EXP. ELISEU MARTINS-PI
02/12/94

801.830.063-02

Perito Criminal
LEIN 7 118 DE 2 2 33

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170232444 Nº 013226851640
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 967435013 PLACA NHW-9765 EXERCÍCIO 2018

NOME JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF/CNPJ 80183000382 PLACA NHW-9765

PLACA ANT. UF 98D17206883441749

ESPECÍFICO COMEÇATIVO
PAS/AUTOMÓVEL/MENJURA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO FIAT/SIENA FIRE FLEX ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CIL 003P/066CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA
2º
3º PAGO
FADA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 18.62
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
CUSTO DO SEGURO (R\$) 20.68
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.17
CUSTO DO SEGURO (R\$) 45.72

PRÊMIO TOTAL (R\$) 64.57
DATA DE PAGAMENTO 29/05/2018

OBSERVAÇÕES SEM RESTRIÇÕES

ELISEU MARTINS

DATA 4/6/2018

ANDRÉ MARTINS DO REGO CORREA
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 013226851640 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 4/6/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 80183000382 PLACA NHW-9765

RENAVAM 967435013 MARCA/MODELO FIAT/SIENA FIRE FLEX

ANO FAB. 2008 CATEG. 01 CHASSI 98D17206883441749

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 18.62
PRÊMIO (R\$) 2.06
CUSTO DO SEGURO (R\$) 20.68

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0.17
CUSTO DO SEGURO (R\$) 45.72

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

DATA DE OUTAÇÃO 29/05/2018

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.896/0001-04

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175998/19

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 801.830.003-82

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 22/09/2018

Título do CPF: JAILSON DOS SANTOS
ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



JAILSON DOS SANTOS ARAUJO : 801.830.003-82

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 801.830.003-82

JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo