



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

Processo: 08019404720198180026

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 **JOSE RODRIGUES GOMES**, 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 **24/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **23/05/2019**.

Cumpra 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190346408	Cidade: Jatobá do Piauí	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES	Data do acidente: 24/02/2019	Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS		
PARECER				
Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO -HEMORRAGIA SUBARACÓIDE EM REGIAO PARIETAL ESQUERDA TRAUMA FACE FRATURAS FRONTAL, ORBITARIO, SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMATICO A ESQUERDA				
Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.				
Resultados terapêuticos: PERCA DISCRETA DE MATERIAL MUSCULAR EM REGIAO DE INCISURA CICATRICIAL EM REGIAO FRONTAL ESQUERDA E DISCRETA PTOSE PALPEBRAL ESQUERDA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 04/06/2019				
Conduta mantida:				
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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

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

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

“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **24/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/06/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RODRIGUES GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000085779-4

Nr. da Autenticação E31E51A45F2B7AF9

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁵Súmula 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.”

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

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 citação⁷.

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 ação⁸

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 Súmula 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).

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

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

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

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

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPO MAIOR, 23 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

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE RODRIGUES GOMES**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **CAMPO MAIOR**, nos autos do Processo nº 08019404720198180026.

Rio de Janeiro, 23 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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000031/2019-25

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Sara Uchoa Barros

Data/Hora: 23/05/2019 - 11:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JATOBÁ DO PIAUÍ

Endereço

PI-QUE LIGA CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI A CIDADE DE JATOBÁ DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

Data/Hora

24/02/2019 - 03:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO BAR DO JOSÉ ANANIAS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ RODRIGUES GOMES

RG: 2897781 PI

Mãe: MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES

Pai: JOSÉ WILSON GOMES

Endereço: CON.RES.LILA,RUA JÚLIA SANTIAGO DE MATOS, Nº 02

Bairro: CIDADE NOVA

Cidade: CAMPO MAIOR

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 125 FAN KS

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIP6919 9C2JC4110AR570103

Renavam:

00190541180

Cor:

Preta

Condutor: JOSÉ RODRIGUES GOMES

RG: 2897781 Órgão: UF RG: PI

End: CON.RES.LILA,RUA JÚLIA SANTIAGO DE MATOS Número: 02 Complemento:

Cidade: CAMPO MAIOR UF: PI Bairro: CIDADE NOVA

Proprietário: JOSÉ WILSON GOMES

Cidade: CAMPO MAIOR UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu neste DP, para noticiar que em data, hora e local acima conduzia a motocicleta supracitada com sentido a sua residência, quando colidiu com um animal (porco), perdendo o controle da moto, vindo a cair sendo socorrido pela Equipe do SAMU sendo encaminhado para o HRCM, sendo assistido pelo médico plantonista Dr. ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA, CRM-PI 2140, devido a gravidade da lesão foi transferido para o HUT, que após exames constatou fraturas faciais do arco zigomático(E) e Maxilar(E), precisando ficar internado para tratamento cirúrgico das lesões e um corte profundo abaixo do olho(E). Era o registro.

Sara Uchoa Barros - Mat. 039914X
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

JOSÉ RODRIGUES GOMES - Notificante
Responsável pela Informação

Bdl. Pedro Alves da Silva Filho
APC - 1ª Classe
Mat. 108425-7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000031/2019-25

Delegado de Polícia

[Assinatura]
Delegado de Polícia
Deleg. Pedro Alves da Silva Filho
APC - 1ª Classe
Mat. 108426-7



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 ASI: _____ CPF da vítima: 036.833.163-65 Nome completo da vítima: JOSE FRANCISCO GOMES

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

Nome completo: JOSE FRANCISCO GOMES CPF: 036.833.163-65

Profissão: ENCARR. DE SERV. GERAIS Endereço: RUA J. V. A. SANTIAGO DE MATOS R-F Q-06 Número: 02 Complemento: CASA

Bairro: RESID. LILA Cidade: CAMPO-MAIOR Estado: PI CEP: 84.280-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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)

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 00085779 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 de 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 ÚNICO 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 da 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 (vai 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: Campo-Maior PI 24.05.2019

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

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 036.833.363-65 Nome completo da vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

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

Nome completo: JOSE RODRIGUES GOMES CPF: 036.833.363-65

Profissão: ENC. DE SERVIÇO GERAIS Endereço: RUA JULIA SANTIAGO DE MATOS R: F 9-06 Número: 02 Complemento: CASA

Bairro: RES. D. LIA Cidade: CAMPO-MAIOR Estado: PE CEP: 67.280-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

DADOS CADASTRAIS

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 POUÇANÇA (Somente para as faixas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todas as faixas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 85779 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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, CAMPO-MAIOR-PE 29.05.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

PJ CORRETORA DE SEGUROS

29 MAI 2019

DPVAT

Assinatura



REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



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 2 - Feminino 9 - Ignorado
	16 Idade	Se idade Ignorada, preencha com 999			17 Indiclos de Ingestão de bebida alcoólica?
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL		24 Sinais Vitais
	ABERTURA OCULAR		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras Inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma				Pulso <u>106</u> Resp. <u>130x40</u> PA <u>130x90</u> TAX. <u>95</u> SatO2 <u>95</u>
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino				33 Condições de entrada
					34 Óbito
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	

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: 07/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RODRIGUES GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000085779-4

Nr. da Autenticação E31E51A45F2B7AF9



Nº da Conta: 0311575588
Mês de referência: 03/2019
Período: 11/02/2019 a 10/03/2019
Data de emissão: 13/03/2019

ANTONIO ARAUJO DA SILVA
AV NILO DE SOUSA OLIVEIRA, 1417
FRIPISA
64260-000 CAMPO MAIOR - PI

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Joazeiro Castele, 298 - Condomínio Eurobusiness
Cobertura - Sala 03
CEP 64049-240 - Joazeiro Teresina - PI
I.E.: 19450094-2
CNPJ Matriz: 02.658.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.658.157/0007-58

Vencimento
26/03/2019

Total a Pagar - R\$
102,13

Seus Números Vivo
86-98157-4399

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aguarde informações referentes ao Vivo
Votoriz

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO CTRL DIGITAL 4,5GB ILM	1	1	64,99	-	-	64,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL M	1	1	0,00	-	-	-
Subtotal						64,99
Outros Lançamentos						
Encargos Financeiros						4,25
Serviços de Terceiros						32,89
Subtotal						37,14
TOTAL A PAGAR						102,13



MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUR. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO ARAÚJO DA SILVA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 914.187.903 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOSE RODRIGUES GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.833.163 / 65
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE RODRIGUES GOMES
inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.833.163 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 259 do Código Penal.

Endereço: <u>AV: Nilo OLIVEIRA</u>	Número: <u>1417</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>FREIPISA</u>	Cidade: <u>CAMPO-MAJOR</u>	Estado: <u>RS</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.980-000</u>	Tel.(DDD): <u>86.99413-1468</u> <u>86.98857-4399</u>

Local e Data: Campo-Major-RS 24.05.2019

Antonio Araújo da Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, José Wilson Gomes

RG nº 552.534, data de expedição 06/12/11

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 207.843.253-91

com domicílio na cidade de CAMPO-MAIOR, no Estado de

PIAUÍ, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: RUA SANTIAGO DE MATOS, R-F 9-06 RES. LILA, nº 02

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JOSÉ RODRIGUES GOMES, cujo o condutor era

JOSÉ RODRIGUES GOMES

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 125 FANTAS Ano: 2009/2010

Placa: NJP-6919 Chassi: 9C25C4110AR570103

Data do Acidente: 24/02/19



Local e Data:

CAMPO-MAIOR-PI
23.05.2019

José Wilson Gomes

Assinatura do Declarante



CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
DE CAMPO MAIOR-PI
Carlos Alberto Alves Rodrigues
Escrevente

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



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

DIGITADO

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: PD228286

Data: 24/02/2019

Funcionario: ALDENEIDE

Registro: 8340

Hora: 04:52:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha **6**

JOSE RODRIGUES GOMES

CPF: - RG: 2897781 - SUS: 162250184500006

Nasc.: 14/06/1988 Idade: 30 ANOS, 8 MESES, 10 Telefone: (86) 9900-0479

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64:

End.: RESIDENCIAL LILA Q06 C, 2 - CASA

Bairro: CIDADE NOVA

Cidade: **CAMPO MAIOR/PI**

IBGE: 2202208 Cor: PARDA

Mãe: MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES

Pai: JOSE WILSON GOMES

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Documento: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

Responsavel: JOSE RODRIGUES GOMES - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 130x80

Procedimentos

24/02/2019 4:52 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipotese Diagnostica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditario:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

OS: 05 GC: 126 mg/dl

PA: 130x80

TA: 98/

St: 98/

FC = 126

08/20

polueto panagem de ponde resica de fumarca

Dr. Antonio Carlos Bandeira e Silva
Médico do Trabalho
CRM 2140 - P. CRM 2140 - MA
CPF 132.289.853-72

Responsavel: JOSE RODRIGUES GOMES

2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E S.



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jose Rodrigues Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 503753



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".

Joana Lúcia Mendes Mesquita
Médica - 47390
CRM 004.001.011
COM O ORIGINAL

**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

Imp: 24/02/2019 10:46:40

(User: ADONIRAM)

(Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:****Nome:** JOSE RODRIGUES GOMES**Prontuário:** 503758**Mãe:** MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES**Pai:****End. Resid.:** CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-000**Nascimento:** 14/06/1988**Idade:** 30a8m10d**Sexo:** Masculino**Fone:** 86-99926-4060**Responsável:** ANTONIO WILSON**CNS:** 162250184500006**Profissão:** ENCAREGADO**Documento:** Reg.Nasc: nao informado**G. Instrução:** Médio Incompleto**E.Civil:** Casado(a)**End. Local.:** - - -**DADOS DO ATENDIMENTO:****Código:** 709280**Entrada:** 24/02/2019 10:05:21**Convênio:** S U S**Proced:** 0301060029**Motivo da Procura****Conforme Paciente/Acomp:** ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC**HUT DR. ZENON ROCHA****TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA****DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:****Final/Sintoma de Apresentação:****Classificação:****QUEDAS****Evento recente****EXAME:** Abdom e Otopax crân**DATA:** Cervical Fac**Cor:****Verde****Breve História Clas. Risco:**

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM ANIMAL), DESORIENTADO, APARECE EM ESTADO DE ALCOOLIZADO.

RAIO X
DATA 23/02
Técnico**THAISE ALVES PINTO****CPREN 312521****Em: 24/02/2019 10:13:25****SSVV:** (Hora: :)**Peso:** 0,00 Kg **Altura:** 0,00 M **IMC:** 0,00 Kg/m2 **Pulso:** bpm **Pressão:** mmHg**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. ENCONTRA-SE COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ. REFERE CEFALÉIA.

A) VIAS AERÉAS PERVIAS COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 76.BPM, SAT O2: 98%

C) RR, 2T, BNF, SS.

D) GLASGOW 15 (ALCOOLIZADO) PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES.

E) ABDOME INOCENTE. PELVE ESTÁVEL.

F) LESÃO COM CURATIVO OCLUSIVO EM REGIÃO FRONTAL E EM COURO CABELUDO; MÃO DIREITA ENFAIXADA.

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:**Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:****Estabilização****DATA:** / /**HORA:** : :

Assinatura Paciente ou Responsável

ADONIRAM DE MOURA
3745 - PI Em: 24/02/2019 10:46:39

506.2

10:45

Paciente admitida na Sala de Estabilização, vítima de acidente motorciclístico em campo maior.

Ao exame: edema periorbitário a esquerda, pupila direita ^{hematoma} fotoreagente, esquerda não pode ser avaliada, Glasgow = $1 + 2 + 5 = 8$, hipocrômico, PA = 130x60, Sat O₂ = 99%, FC = 120 bpm.

Ed. TC de crânio, cervical, Tórax; abdome; pelve; Laboratório
- Hematosspleno
- VPM

Dra. Isabel ~~de Paula~~
MEDICA
CRM-PI 5672

Cin. Geral 24/02/19 11:30 L

Paciente vítima de politrauma. Avaliada TC de tórax e abdome sem lesões de ptno/tórax/abdome com sinais intrabdominais sugerindo
Adicionalmente: batedeira de SVD em marcha
MD: lesão traumática de urina

PJ CORRETORA DE SEGUROS
27 MAI 2019
DPVAT

Ata da cirurgia
Solicitor Sr. Vão.

Dra. Andressa M. Campelo
Médica
CRM-PI 7148

Joana Lúcia Mendes de Araújo
Médica
SABE-MG
CONFERE COM O Q



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

233648

280699

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	233648

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE RODRIGUES GOMES			6 - Prontuário: 503758	
7-CNS:	162250184500006	8-Nascimento:	14/06/1988	9-Sexo: Masculino
11-Mãe:	MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES			12-fone: 86-99926-4060
13-Resp:	ANTONIO WILSON			14-Cor: Parda
15-Ende:	CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CEP: 64280-000			
Munic:	CAMPO MAIOR	17-Cod.IBGE:	220220	18-UF: PI
				19-CEP: 64280-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**20 - Principais sinais e sintomas clínicos:**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COLISÃO COM ANIMAL.
ENCONTRA-SE RESPONSIVO A ESTÍMULO DOLOROSO, EDEMA PERIORBITÁRIO A ESQUERDA, DÉBITO NEMATÚRICO EM SVD, PULSA DIREITA FOTORREAGENTE.

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23-Diagnóstico Inicial:

Traumatismo cerebral difuso

24-CID Prim:

S062

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0303040106		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE		Tempo SUS 14
29-Clinica:		30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.:		
02		01 CPF 037.668.143-89		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ISABEL MISA SEPULVEDA CORREIA BRITO		34-Data Solicitação: 24/02/2019		
35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM):				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAR Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:				Usuário: (ISABEL) Consulta Local: 709280 Consulta SUS: Impressão: 24/02/2019 10:56:17

Dra. Isabela Sepulveda
MEDIC
CRM-PI 5672Dr. Carlos Alves Araújo Filho
ASSESSOR DE AUDIÊNCIA
CRM-PI 1114 - CPF: 117.591.793-99
CNS: 980016000036528João Luiz de Albuquerque
Médico
CRM-PI 47380
CONSELHO GERAL DE MEDICINA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 180699 AIH: 2219100152929
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	CNES 7569963
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828836

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 162250184500006	NOME DO PACIENTE JOSE RODRIGUES GOMES	NASCIMENTO 14/06/1988	SEXO M	PRONTUÁRIO 503758
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 86998107152	NOME DA MÃE MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES	RESPONSÁVEL ANTONIO WILSON	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RESIDENCIAL LILA O O6 C 2			NUMERO / LOTE 00
BAIRRO CIDADE NOVA I	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO CAMPO MAIOR	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE TRAZIDO PARA ESTA UNIDADE PELO SAMU, ALCOOLIZADO COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL (SUINO) HÁ 1 HORA, CONSCIENTE, ORIENTADO APRESENTANDO EDEMA, MÚLTIPLAS LESÕES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA NA REGIÃO FRONTAL ESQUERDA, SINAL DE GUACHININ NO OLHO ESQUERDO MAIS LACERAÇÃO LÁBIO SUPERIOR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ÀS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO, TOMOGRAFIA DE ABDOME, TORAX E CRÂNIO.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S062 - TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040106 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRÂNIO/ENCEFÁLICO GRAVE

LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARTÃO/BO Nº DO CONSELHO) LUCIANO TEODORO F DE ARAUJO VARANDA CPF: 77476050304 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/02/2019
DATA ADMISSÃO 24/02/2019 10:05	DATA ALTA 01/03/2019 11:35
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO) LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 40261079313 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 24/02/2019 14:06:08 CPF: CRM:
---	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Lúcia F. S. de M. Araújo
Mar 2019
SUS
COORDENADORIA GERAL

25/03/2019 11:29

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>José Rodrigues</u>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA <u>Sala Vermelha</u>	LEITO
À CLÍNICA <u>Neurocirurgia</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente motociclístico, com TEE, hematoma periorbitário a esquerda.

Solicita avaliação foto.

DATA: 24/02/19

Dr. Isabel Simão
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Ac: Discutir HSA +
+ CAD

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
27 MAI 2019
DPVAT

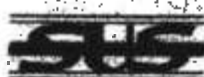
CO: Enviar pl exames
Nervo cr. até sala
Vermelha.

Son. admit. ariz.

[Signature]
62.28

DATA: / /

João Luís de Paula
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

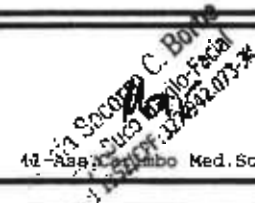
1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 233984
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE RODRIGUES GOMES		6 - Prontuário: 503758	
7-CNS: 162250184500006	8-Nascimento: 14/06/1988	9-Sexo: Masculino	nao informado
11-Mãe: MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES	12-Fone: 86-99926-4060		
13-Resp: ANTONIO WILSON	14-Fone: 86-99926-4060		
15-Ende: CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CEP: 64280-000			
16-Munic: CAMPO MAIOR	17-Cod.IBGE: 220220	18-UF: PI	19-CEP: 64280-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

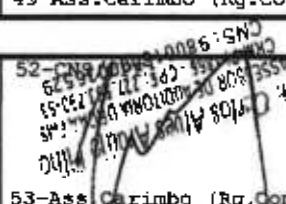
31-Cod.Proced.Princip. 0404020526	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata: 2
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE		

38-Profissional Responsável: MARCIA SOCORRO DA COSTA BORJA	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 01/03/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 327.942.073-34	
		42-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura do complexo OZM e necessidade de fixação interna para obter estabilidade óssea

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:  53-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVANI)

Joana Lúcia P. dos Santos
Médica - CRM 11442073-8
Data: 01/03/2019



BIOSÍNTESE
Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ
Rua Área Leão, 598 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7368
CEP 64.001-310 - Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

FILIAL
Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place - Calhau
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.278-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

**COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM**

Nome do Hospital: HUT cx. 0051-1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Valda

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>02 placas de titânio</u> - <u>01 para 4 F.</u>
	<u>(inclui parafusos)</u> - <u>01 orbital 4 F.</u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 01/03/19 DATA DA ALTA ____/____/____

PACIENTE - Nome: João Rodrigues Gomes

Nº AIH: 233984

Nº do Prontuário: 503758 Data da Internação ____/____/____

Procedimento Médico Realizado: 0404020526

Indicador de Compatibilidade: _____

CO RESPONSÁVEL - Nome: Sra. Márcia

Márcia Soratto C. Rocha
CRM nº 135212/SP
CRM nº 542073/SP

João Rodrigues Gomes
Médico
CRM nº 40000
CONF



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 01/03/19

NOME DO PACIENTE: <i>Má Rodriguez Gomes</i>	PRONTUÁRIO Nº: 503758
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <i>Geral</i>	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: <i>Dr. N. N. N.</i>	CPF Nº:
AUXILIAR: <i>Dr. Amparo</i>	CPF Nº:
ANESTESISTA: <i>Dr. N. N. N.</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI Nº 5	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	1		LUVA Nº 6.5	PAR	04	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL Nº 10	UNID.	01	
JELCO Nº 124	UNID.	02		Bisturi Nº 11	01		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: Bisturi Nº 24 01			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Bisturi Nº 04			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				Bisturi Nº 05			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				Cupom Nº 02			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				Sonda uretral Nº 16			
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	1						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C.			
VICRYL 3	1			CIRCULANTE: <i>Loayana</i>			
PROLENE							

Nylon 5.0 *1.0*

Joana Lúcia F. de Sá
Materiais
S. 1.0
CONT. 20.000.000



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Jose Rodrigues Gomes		
Diagnóstico pré-operatório fratura do complexo OZIM®.		
Operação - Tipo Osteossíntese de fratura do complexo OZIM		
Cirurgião Amorim Dra. Maria do Amparo S. Amorim Cirurgia e Traumatologia Boca Maxilo Facial - Implantodontista CRO-PI 803 / CPF: 239.978.933-49	1º Assistente Marcia	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação 01.03.19	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório O mesmo acima		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

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

antissépsia, aposição dos campos operatórios, infiltrado com lidocaína a 2% em região zigomáxilas e fundo de alveolar maxilar (E), incisões abulgar, divisão dos planos, utilização da fratura em margem lateral medial e inferior da órbita, incis em fundo de alveolar maxilar superior, descobrimento do retalho, redução da fratura e fixação com 2 miniplocas e 8 parafusos de 1.5 mm, fechamento e sutura.

Dra. Maria do Amparo S. Amorim
Cirurgia e Traumatologia
Boca Maxilo Facial - Implantodontista
CRO-PI 803 / CPF: 239.978.933-49

Marcia Socorro C. Rocha
Cirurgia Boca Maxilo Facial
CRO-PI 126401 / CPF: 239.978.933-49

João Luiz B. de S. Amorim
Médico
Mod. 76 HUT
CONF. L. 10.740/2006

SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuario:

503758

Internação:

233984

Nome: **JOSE RODRIGUES GOMES**

End. Resid.: CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA

Cidade: CAMPO MAIOR - PI

CEP: 64280-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 14/06/1989	Idade: 30a8m17d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: ENCAREGADO
Internação		Alta		Permanência
Data 01/03/2019	Hora 10:30	Data 03/03/19	Hora 08:00	

Diagnósticos: *Fract. CO2M, OPN, FRONTAL*

CID Principal: *S02.4*

CID Secundário:

CID Causa Morta:

Cod. CID:				

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Excoriações em face e edema e equimose periorbitária

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

BEG

MEDICAÇÕES:

Tico

Analgésico, Anti-inflamatório, Antibiótico

CIRURGIA:

Data:

01/03/19

Tipo:

Otimização fac. CO2M

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

acompanhamento ambulatorial

PJ CORRETORA DE SEGUROS

27 MAI 2019

DPVAT

Tipo de Alta: () Curado (X) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa () Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. José Carlos O. Gomes Filho
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Joana Lúcia
Matr. 123456
CONF. 123456



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:

José Rodrigues Gomes

Bela:

08

Alergia:

Nega

Data:

01/03/19

Procedimento:

Osteomíntese de prótese facial

Cirurgião:

MARCIA

Observações:

11:30

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 PROPOFOL	120mg												
2 FENTANYL	200µg												
3 ATRACÚRIO	35mg												
4 CLONIDINA	75µg												
5 CEFALOTINA	2g												
6 RANITIDINA	50mg												
7 DILATORIA	2g												
8 DECAFRON	40mg												
9 CETOPROFENO	100mg												
10 MAUSCULON	4mg (SENEFETO)												
11 BROMOPRIDA	10mg												
12 MORFINA	4mg												
13													

Oxigênio

Aquecimento

Volatil SEVOFLURANO 2%

Acesso Vascular

- Periférico PRÉVIO MSD
- Cat. Venoso nº 26 G
- Dificuldade acces. venoso
- Gastos cateteres
- Central

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº 7,5
- LMA nº

Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raqui-anestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: Dorsal

	RC	RC	RC	RC	RE	RE	RE	RE
SPO2 (%)	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
ETCO2 (mmHg)	36	34	35	35	36	35	36	36
Acas. Venoso	(SF)	(RL)	(SF)					
Acas. Venoso								
Diurese								
Perdas Sanguíneas								

Descrição da Anestesia:

Monitorização + revisão de ventilação. Pré-oxigenação. Indução venosa + TOT (TOT 7,5 cmpp) em sistema circular com absorvedor de CO2 e filtro bacteriológico. Extubação no fim da cirurgia. A SRPA acordada, estável, sem queixas.

Dr. Marcelo G. Oliveira
Anestesiologista
CRM-AM: 4646

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Jone Rodrigues Gomes		IDADE	30 anos	DATA	01/03/2019	
HORÁRIO DE ADMISSÃO	11h35 min	TIPO DE ANESTESIA	GERAL	() RAQUE	() BLOQUEIO	() PERIDURAL () SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA	Fud. CO2m @ +				CIRURGIÃO		
SINAIS VITAIS	HORÁRIO						
	ADMISSÃO			SAÍDA			
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	114/59			118x56			
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	77			73			
SATURAÇÃO DE O2 (%)	99%			98%			
TEMPERATURA AXILAR (°C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
NOME/MATRÍCULA	Solite						
ÍNDICE DE ALDRETTKE KROGLIK				ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	☒	2	☐	
	Movimenta dois membros	1	1	☐	1	☐	
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☐	
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☐	
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☐	1	☐	
	Tem apnéia	0	0	☐	0	☐	
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☐	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐	
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐	
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☐	2	☐	
	Desperta, se solicitado	1	1	☒	1	☐	
	Não responde	0	0	☐	0	☐	
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☐	
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐	
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0	☐	0	☐	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO						TOTAL	09
ESCALA DE DOR ALTA						ASS.	Me Anestesiologista
() Sonda vesical	() Dreno de sucção	() Dreno torácico	() DVE	() Colostomia	SONDA () NASOGI () NASOE		
10 mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL	
10 mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:							
11:35 admitido na SRPA em POE do cirurgião para internar em CO2m. Submetido a anest. geral. Sono leve, expresso, respirando a 20 com 99% sat. Foi com curativos limpos.							
PJ CORRETOR DE SEGUROS 27 MAI 2019 DPVAT							
PRESCRIÇÃO MÉDICA				ALTA SRPA			
				HORÁRIO			
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()							
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD							

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 189846 AIH: 2219100201967
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	CNES 7569963
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828836

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 16230184506006	NOME DO PACIENTE JOSE RODRIGUES GOMES	NASCIMENTO 14/06/1968	SEXO M	PRONTUÁRIO 503758
DOCUMENTO CPF 86998107152	TELEFONE 86998107152	NOME DA MÃE MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES	RESPONSÁVEL ANTONIO WILSON	
CEP 60	ENDEREÇO - LOGRADOURO RESIDENCIAL LILA Q 06 C 2			NUMERO / LOTE 60
BAIRRO CIDADE NOVA 1	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO CAMPO MAIOR	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, POLITRAUMATIZADO COM TCE + GLASGOW 8 + EDEMA PERIORBITÁRIO + FRATURA NOS OSSOS DA FACE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME FÍSICO, TOMOGRAFIA DE ABDOME, TORAX E CRÂNIO.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0404020526 - OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO-MAXILAR

LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCIA SOCORRO DA COSTA BOBBA CPF: 32.794.207/334 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 01/03/2019
DATA ADMISSÃO 01/03/2019 11:35	DATA ALTA 03/03/2019 19:35
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CID NATUREZA DA LESÃO
----------------------	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	------------------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FABIANNE CAMILO DA SILVEIRA PEREIRA CPF: 20171471334 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE INTERNAÇÃO / AUDITORIA CPF: CRM: DATA ANALISE:
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

PJ CORRETORA DE SEGUROS
27 MAI 2019
DPVAT
Joana Lúcia A. ...
Mestrado em ...
CONFERÊNCIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

216/154

NOME <u>José Rodrigues Gomes</u>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA <u>BUCO</u>	LEITO
A CLÍNICA <u>Urológico</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Quelhor a cistostomia

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRM-PI 778

DATA: 02/03/19

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente vítima de trauma de sondagem há 10 dias. Está com cistostomia e tem secreção purulenta pela uretra.

CD: ① Fecho cistostomia, caso tenha infecção via uretral retirar sonda e fazer curativo.

② Caso não urina abrir coletor e alta com sonda.

③ Deixar encaminhamento ambulatório.

Joana Lúcia Almeida
Mestre em Saúde Pública
CRM-PI 2614

Dr. Francisco Couto
CRM-PI 2614

DATA: 03/03/19

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CORRETORA
DE SEGUROS

27 MAI 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE	JOSÉ RODRIGUES GOMES		PRONTUÁRIO	503758	D. NASCIMENTO	14/06/85	CLÍNICA	216	ENF. ou APT.	154	LEITO
DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES	3º DPD. frst. COM		ALERGIAS								
PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA: 05/03/19 HORA: 08:00		HORÁRIO								
1) Dieta líquida pastosa	Dr. Joelmu Nutricionista Clínica										
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h											
3) Cefalosina 1g+AD, EV de 6/6h											
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h											
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h											
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h											
7) Tilactil 20 mg + AD EV de 12/12h											
8) Higiene oral com clorexidina 0,12%, 2x dia											
9) SSVV + CCGG											
10) APTA APOS AVALIAÇÃO DA											
PRESCRIÇÃO											

Dr. José Carlos A. Gomes Filho
Otorrinolaringologista
IMPLANTODONTIA
CRM 01.70010

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RODRIGUES GOMES** (Prontuário: 803758)
 Endereço: CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000
 Nascimento: 14/05/1988 Idade: 30a8m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 233648
 Requisição: 925269 Solicitação: 24/02/2019 Solicitante: ISABEL MISIA SEPULVEDA COELHO BRITO
 Controle: 1160815 Convênio: S U S CENTRO CIRURGICO CENTRO LEITO 06

RELATÓRIO:

Cod. SIA: Q206010079

Data Exame: 24/02/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNOIDE EM REGIÃO PARIETAL ESQUERDA, JUNTO A ALTA CONVEXIDADE.
- DISCRETO PNEUMOENCÉFALO FRONTAL ESQUERDO.
- FRATURAS FRONTAL, ORBITÁRIA, SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA, SEM DESALINHAMENTO ÓSSEO IMPORTANTE.
- FOCO DE FRATURA NA PIRÂMIDE NASAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 24/02/2019

JÓRIO NEIVA DE MOURA SANTOS

CPF: 867.804.833-91 4146

Profissional Responsável



João ...
 ...
 ...

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RODRIGUES GOMES** (Prontuário: 503758)
 Endereço: **CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000**
 Nascimento: 14/06/1988 Idade: 30a8m12d Sexo: Masculino Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: 233648
 Requisição: 926010 Solicitação: 26/02/2019 Solicitante: **ISABEL MISIA SEPULVEDA COELHO BRITO**
 Controle: 1182109 Convênio: **S U S** CENTRO CIRURGICO CENTRO LEITO 05

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/02/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- DIMINUTA CONTUSÃO ENCEFÁLICA HIPODENSA EM BASE DO LOBO FRONTAL ESQUERDO.
- HIPERDENSIDADE EM FOICE CEREBRAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 26/02/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável



Joana Lúcia P. de Araújo
 Med. Radiol. Diagn.
 CRM 3508 PI
 26/02/2019



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3219 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	JOSE RODRIGUES GOMES (Prontuário: 503758)				
Endereço:	CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000				
Nascimento:	14/06/1968	Idade: 30a&m14d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO	Atendimento: 233648
Requisição:	926258	Solicitação: 27/02/2019	Solicitante: ISABEL MISIA SEPULVEDA COELHO BRITO		
Controle:	1162608	Convênio: S U S	CENTRO CIRURGICO	CENTRO	LEITO 05

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010044

Data Exam: 27/02/2019

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO. EVIDENCIOU:

- FRATURAS FACIAIS ASSIM LOCALIZADAS:

*PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO FRONTAL ESQUERDO:

*PAREDES DA ÓRBITA ESQUERDA:

*LÂMINA PAPIRÁCEA ESQUERDA:

*ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

- HEMOSINUS EM CÉLULAS ETMOIDAIS, SEIOS ESFENOIDAIS, FRONTAIS E MAXILARES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 28/02/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.803-30 CRM 2353

Professional Responsável



Juan Luis A. Rodriguez
Mauricio A. Rodriguez
CONFIDENTIAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POSSESSOR DIREITO

Jose Rodrigues Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.897.781 DATA DE EMISSÃO 20/07/06

JOSE RODRIGUES GOMES

RELACÃO

MARIA VITÓRIA RODRIGUES GOMES
JOSE WILSON GOMES DATA DE NASCIMENTO

CAMPO MAIOR-PI 14/06/1988

CERT. NASC. 116896 L A-80 F 159
EXP TERESINA-PI 27/12/94

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/06/83

Nascimento 14/06/1988

Nome JOSE RODRIGUES GOMES

Número 036.833.163-65

Ministério da Fazenda
Recetta Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

CÓDIGO DE CONTROLE
8BC6479FE125DA88

QR CODE

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:56:51 do dia 23/10/2018 (hora e data de emissão)
dígito verificador: 08

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DPVAT
CORRETORA
DE SEGUROS
27 MAI 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0116014

YANTONIO AMARAL DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI Nº 011583596024
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00190541180 EXERCÍCIO 2014

JOSE WILSON GOMES

3063
0000
4444
9223
7028
5914
6596
3786
4530
3809
1814

20784325391

RUA NIP-6919

9C2JC4110AR570103

PAB/MOTOCICLE/MENHINA

GASOLINA

RODADA 134, 135, 136, 137, 138

ANO 2009

02P/0124CC

CATEGORIA PARTICU

PREDA

COTA ÚNICA

VENIO COTA ÚNICA

1º 1PVA

P

PARCELAMENTO / COTAS

2º

3º

ENGO

SEGURO (R\$) PAGO (R\$) PÉSSOAS TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESSTRICÇÕES DEBENTURAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

CAMPO MAIOR

30/09/2014

JOSE WILSON GOMES

PI Nº 011583596024 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 30/09/2014

20784325391

RUA NIP-6919

021JC211103

ICONE/CO 125 500V 112

2009

09

9C2JC4110AR570103

PRÊMIO TARIFARIO

024/93 (R\$)

024/93 (R\$)

129,08

001,10

001,10

0004,48 (R\$)

001,10

001,10

COTA ÚNICA

PARCELADO

30/09/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

www.seguradoralider.com.br



CORRETORA
DE SEGUROS
27 MAI 2019
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346408

Cidade: Jatobá do Piauí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

Data do acidente: 24/02/2019

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-HEMORRAGIA SUBARACOIDE EM REGIAO PARIETAL ESQUERDA
TRAUMA FACE
FRATURAS FRONTAL, ORBITARIO, SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMATICO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Resultados terapêuticos: PERCA DISCRETA DE MATERIAL MUSCULAR EM REGIAO DE INCISURA CICATRICIAL EM REGIAO FRONTAL ESQUERDA E DISCRETA PTOSE PALPEBRAL ESQUERDA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346408

Cidade: Jatobá do Piauí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

Data do acidente: 24/02/2019

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-HEMORRAGIA SUBARACOIDE EM REGIAO PARIETAL ESQUERDA
TRAUMA FACE
FRATURAS FRONTAL, ORBITARIO, SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMATICO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Resultados terapêuticos: PERCA DISCRETA DE MATERIAL MUSCULAR EM REGIAO DE INCISURA CICATRICIAL EM REGIAO FRONTAL ESQUERDA E DISCRETA PTOSE PALPEBRAL ESQUERDA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/06/2019

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346408 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO LEVE,
TRAUMATISMO CORTO-CONTUSO FACIAL COM PERDA DE SUBSTÂNCIA E FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSSOS DA FACE COM PLACA E PARAFUSOS,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: * RELATÓRIO PÁG. 06 07 08 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 18 "DESVIO IMPORTANTE" // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346408 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO LEVE,
TRAUMATISMO CORTO-CONTUSO FACIAL COM PERDA DE SUBSTÂNCIA E FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSSOS DA FACE COM PLACA E PARAFUSOS,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: * RELATÓRIO PÁG. 06 07 08 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 18 "DESVIO IMPORTANTE" // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSÉ RODRIGUES GOMES
RG: 2.897.781 Órgão Emissor: SSP/PF CPF: 036.833.163-65
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: ENCARREGADO DE SERVIÇOS
Endereço: RUA: JULIA JANTAGO DE MATOS, R.F. Q=06 Nº 02
Bairro: RESID. JILA CEP: 64.280-000 Cidade/UF: Campo-Maior-PI
Telefone: () _____ () _____ () _____

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
RG: 2.084.501 Órgão Emissor: SSP/PF CPF: 914.387.203-72
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: NOTÁRIO
Endereço: AV: NÉLIO OLIVEIRA Nº 1417
Bairro: FRIPISA CEP: 64.280-000 Cidade/UF: Campo-Maior-PI
Telefone: () _____ () 89857-4399 () 8699413-1468

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 do seguro obrigatório – DPVAT*, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre a perícia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

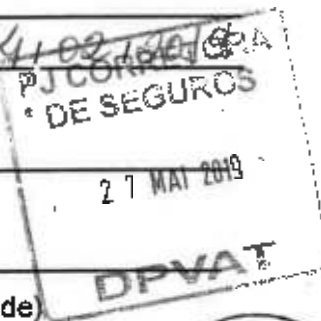
Vítima JOSÉ RODRIGUES GOMES
CPF: 036.833.163-65 Data do acidente: 24/02/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Campo-Maior-PI 23.05.2019

Local e data

João Rodrigues Gomes

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
DE CAMPO MAIOR-PI
Carlos Alberto Alves Rodrigues
Escrevente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177957/19

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

CPF: 036.833.163-65

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 24/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RODRIGUES GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO ARAUJO DA SILVA : 914.187.203-72

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

JOSE RODRIGUES GOMES : 036.833.163-65

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: 27/05/2019
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
CPF: 914.187.203-72

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177957/19

Número do Sinistro: 3190346408

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

CPF: 036.833.163-65

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 24/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RODRIGUES GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

JOSE RODRIGUES GOMES : 036.833.163-65

Autorização de pagamento

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: 29/05/2019
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
CPF: 914.187.203-72

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346408

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RODRIGUES GOMES

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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346408

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RODRIGUES GOMES

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346408 **Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES**

Data do Acidente: 24/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

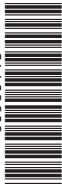
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00235/00236 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14400467

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346408

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RODRIGUES GOMES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

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

Recebedor: JOSE RODRIGUES GOMES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 0000085779-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



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 ASI: _____ CPF da vítima: 036.833.163-65 Nome completo da vítima: JOSE FRANCISCO GOMES

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

Nome completo: JOSE FRANCISCO GOMES CPF: 036.833.163-65

Profissão: ENCARR. DE SERV. GERAIS Endereço: RUA J. A. SANTIAGO DE MATOS R-F Q-06 Número: 02 Complemento: CASA

Bairro: RESID. LILA Cidade: CAMPO-MAIOR Estado: PI CEP: 84.280-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 00085779 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 de 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 ÚNICO 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 da 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 (vai 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: Campo-Maior PI 24.05.2019

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

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 036.833.363-65 Nome completo da vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

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

Nome completo: JOSE RODRIGUES GOMES CPF: 036.833.363-65

Profissão: ENC. DE SERVIÇO GERAIS Endereço: RUA JULIA SANTIAGO DE MATOS R: F 9-06 Número: 02 Complemento: CASA

Bairro: RESID. LILA Cidade: CAMPO-MAIOR Estado: PE CEP: 67.280-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

DADOS CADASTRAIS

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 POUPANÇA (Somente para as faixas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todas as faixas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 85779 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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, CAMPO-MAIOR-PE 29.05.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

PJ CORRETORA DE SEGUROS

29 MAI 2019

DPVAT

Assinatura

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190346408
Nome do(a) Examinado(a): Jose Rodrigues Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Julia Santiago de Matos, 2 Qf6rs Lila
Cidade Nova Campo Maior PI CEP: 64280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2897781
Data local do acidente: [24/02/2019]
Data local do exame: [04/06/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

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

**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-HEMORRAGIA SUBARACOIDE EM REGIAO PARIETAL ESQUERDA
TRAUMA FACE
FRATURAS FRONTAL, ORBITARIO, SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMATICO A ESQUERDA**

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

**Tratamento: OSTEOSINTESE FRONTAL E ARCO ZIGOMATICO
TRATAMENTO NEUROLOGICO CONSERVADOR
Complicações: DANO FACIAL
SEM DANOS NEUROLOGICOS.
Data da Alta: 24/03/2019**

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

**PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE
CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.**

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

(X) Sim () Não

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

(X) Sim () Não

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

**PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE
CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL. APRESENTA TAMBEM INDICE DE
AMPLITUDE DE MOVIMENTO LEVEMENTE PREJUDICADO, COM DOR NA MOVIMENTACAO DA MANDIBULA DURANTE UM
MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPACAO LATERAL E ALTERACOES NA FUNCAO DA ATM A PALPACAO DOS MUSCULOS
MASTIGATORIOS.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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


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