

Controle x Audiência x Upload x Sistema x Tribunal x Sistema x PJ Acesso 1 x Consulta x 0802679 x Baixar o x +

← → ↻ ↵ <https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=306217&ca=a21eb2434709dc65fa683ebb444d4a05e9848...> ☆

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

PJE ProceComCiv 0802679-02.2019.8.18.0032
JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS ...

9159786 - CONTESTAÇÃO (2710772 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/04/2020 10:09:49

07 Apr 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9159774 - CONTESTAÇÃO
 - 9159786 - CONTESTAÇÃO (2710772 CONTESTACAO 01)
 - 9159787 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2710772 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9159788 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9159789 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9159791 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:09

downloadBinario.seam 1 / 12

2710772- CJ/ 2020-01438/ A CLASSIFICAR

JOÃO BARBOSA
—ADVOGADOS ASSOCIADOS—

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

Processo: 08026790220198180032

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf protocolo.pdf documentos.pdf inicial.pdf documentos.pdf Exibir todos x

PT 10:10 07/04/2020



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

Processo: 08026790220198180032

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 GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES**, 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 **06/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **24/10/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 24/10/2018 após 9 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 06/01/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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;

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

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)

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190301783 Cidade: Santa Cruz do Piauí Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA Data do acidente: 06/01/2018 Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.
 RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA DO POLEGAR DA MÃO DIREITA.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PÁG 3 E 27).
 ALTA.
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO DEDO POLEGAR DA MÃO DIREITA.
 Sequelas: Com seqüela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento
 faltante:
 Apontamento do Laudo
 do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO DEDO POLEGAR DA MÃO
 DIREITA.
 Documentos
 complementares:
 Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 06/01/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/08/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00639

CONTA: 000000122165-1

Nr. da Autenticação 2DF0897D0B8E3D4A

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

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

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

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.

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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.

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

⁶“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**

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.

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁷.

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁸.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁹.

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“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

⁸“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.**”(TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

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

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação¹⁰

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

¹⁰ art. 1º . (...)

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PICOS, 25 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 cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **PICOS**, nos autos do Processo nº 08026790220198180032.

Rio de Janeiro, 25 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0410-8



INSCRIÇÃO

Religião

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

53.202.204-X 2 via

30/03/2016

JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

GABRIEL ANTONIO RODRIGUES
BERNARDINA MARIA TEIXEIRA DE OLIVEIRA

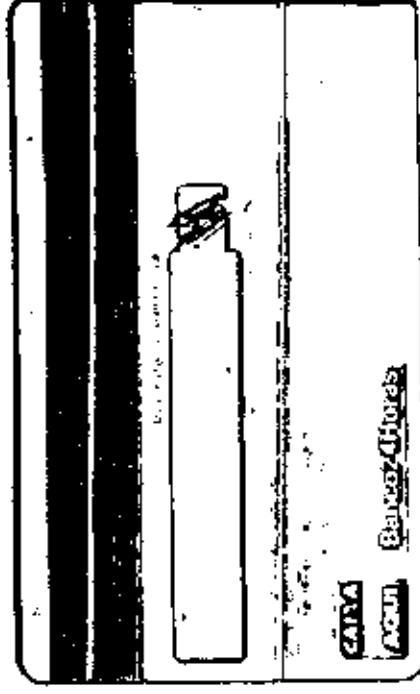
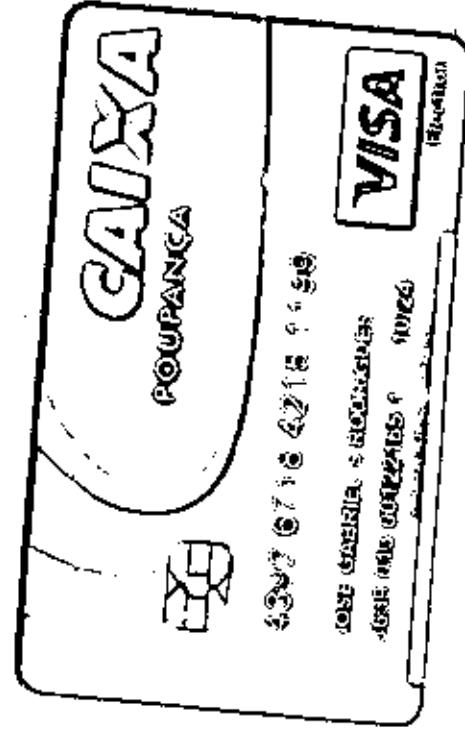
S. CRUZ DO PIAUI - PI

03/07/1976

SANTA CRUZ DO PIAUI-PI SANTA CRUZ DO PIAUI CN-UV-ALZ /
P.L.S.30 / Nº 1.971

255 1430003/30

Lei Nº 7.118 DE 20/06/83



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PIAUÍ

8610-8



33693768

Jose Gabriel de Sousa Rodrigues

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

53.202.204-X 2 via 30/03/2016

JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

GABRIEL ANTONIO RODRIGUES
BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA

S. CRUZ DO PIAUI - PI

03/07/1976

SANTA CRUZ DO PIAUI-PI SANTA CRUZ DO PIAUI CN:LV.A12 /
FLS.30 /Nº13971

256143668/30

Jose Gabriel de Sousa Rodrigues

LEI Nº 7.110 DE 28/08/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Nº de inscrição
256143668-30

Data de nascimento
03/07/76



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade e exigência por terceiros, estão
nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Jose Gabriel de Sousa Rodrigues

JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

SERVIDOR

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 31/08/94

Documentos de identificação

RECEBI

26 JUL 2015

Seguradora Lider DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012825447317

0120180002640

57950678420

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

0367001ddae78e607762fbc69e4falfde037012710

VIA 1 COO. RENAVAM 00360171753 RNTTC

NOME / ENDEREÇO

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

RUA CONSELHEIRO CHICACA 00188
CENTRO PI

CPF (CNPJ)

25614366830

PLACA

OCQ-6727

NOME ANTERIOR

RONE FERREIRA DE SOUSA

PLACA ANT/LM

OCQ-6727

CHASSI

9C2JC4110CR409547

ESPECIE TIPO

EPS/MOTOCICLO/NENHUMA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB

2011

ANO MOD

2012

CAP/POT/CL

02P/0124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

0 PBT: 289.99
SEM RESTRICOES

LOCAL

SANTA CRUZ DO PIAU

DATA

05/01/2018

SERVO MANTEN DO REGO LOMBO
DIRETOR-GERAL DO DETRAN-PI

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012825447317

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0367

0014

da2f

Rem0

0776

2fbc

65e4

fa1f

doe0

3701

8718

VIA 1 COD HONVAM 000028444 ENTRC EXERCICIO 2017

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

25614366830

00Q-6727

00Q-6727

9C2JC4110CR409547

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN RS

2011

2012

02P/0124CC

PARTIC

PRETA

IPVA

1º IPVA

2º

3º PAGO

SEGURO

PAGO

PBT: 289.99
SEM RESTRICOES

SANTA CRUZ DO PIAUI

05/01/2018

JOSE MARTINS DO AMARAL
DETRAN - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0146706/19

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Data do acidente: 06/01/2018

CPF: 256.143.668-30

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES : 256.143.668-30

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: 02/05/2019
Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES
CPF: 256.143.668-30

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146706/19

Número do Sinistro: 3190301783

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

CPF: 256.143.668-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/01/2018

Titular do CPF: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de Identificação

Outros

Outros



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela 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: 31/07/2019

Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

CPF: 256.143.668-30

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

RECEBIDO
26 JUL 2019
Seguradora Lider DPVAT

3190301783
Rm de Simão

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190301783 **Cidade:** Santa Cruz do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES **Data do acidente:** 06/01/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO 1º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PÁG 3 E 27). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 1º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 1º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190301783 **Cidade:** Santa Cruz do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES **Data do acidente:** 06/01/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO POLEGAR DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PÁG 3 E 27). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO DEDO POLEGAR DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO DEDO POLEGAR DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146706/19

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

CPF: 256.143.668-30

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 06/01/2018

Titular do CPF: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES : 256.143.668-30

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: 02/05/2019
Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES
CPF: 256.143.668-30

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146706/19

Número do Sinistro: 3190301783

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

CPF: 256.143.668-30

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 06/01/2018

Titular do CPF: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/07/2019
Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES
CPF: 256.143.668-30

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190301783

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190301783

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

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, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190301783

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da

mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES**

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

Banco: **104**

Agência: **639**

Conta: **000000122165-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

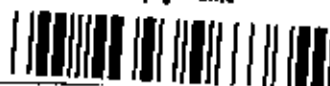
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **256.143.668-30** Nome completo da vítima: **JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES** CPF: **256.143.668-30**
Profissão: **LABRADOR** Endereço: **RUA CONSELHEIRO CHACACA DOZ** Número: **302** Complemento: _____
Bairro: **CENTRO** Cidade: **SANTA CRUZ DO RIO VERDE** Estado: **MT** CEP: **64545-000**
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SFM 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0639** CONTA: **00122/65** 7 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 de 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 este imposto foi pago, na época, ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de laudo pericial para fins 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prova de culpa ou de responsabilidade 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 ressurto (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devê-lo, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro, falso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, até à sua responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **SANTA CRUZ DO RIO VERDE - MT 09/04/19**
Nome: **JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES**
CPF: **256.143.668/30**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (se for o caso)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

MARIA DARCI CLEMENTINO SANTOS - Tabelião Interina
RUA SANTO ANTÔNIO, 322 - FLORES - PICO - PE - 55.000-000 - CEP: 55.000-000

RECONHECIDO POR SEMELHANÇA À FIRMA DE: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES. DOU FE. 08/04/2019. DA VERDADE.
PÍCOS-PI, 09/04/2019. Encl.: 3,85 Arq: 0,77 Fm: 0,10 Selo: 0,26
Total: 4,98 Selo: AEP.36797

Maria Darcy Clementino Santos - Tabelião Interina

CNPJ: 26.705.488/000
PÍCOS CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS
NOTAS E REGISTROS DE IMÓVEIS
RUA SANTO ANTÔNIO, 322
(89)3422-1242





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000069/2018-44

Unidade de Registro: 4º DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Moura Satiro

Data/Hora: 24/10/2018 - 16:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Data/Hora
06/01/2018 - 15:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
RUA CONSELHEIRO CHICACA, Nº:
Complemento
CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES
RG: 1468000 SSP PI
Mãe: BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA
Endereço: RUA CONSELHEIRO CHICACO, Nº 118
Complemento: BAIRRO CENTRO
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUÍ
Telefone(s): 89-8819-5194

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RECEBIDO

16 ABR 2018

Seguradora Lider DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG 125 FAN KS	2012	OCQ6727	9C2JC4110CR409547	00360171753	Preta
Condutor: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES RG: 1468000 Órgão: SSP UF RG: PI End: RUA CONSELHEIRO CHICACO Número: 118 Complemento: BAIRRO CENTRO Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO Proprietário: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES Cidade: OEIRAS UF: Bairro:						

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata o noticiante que no dia 06/01/2018, por volta de 15h00min, sofreu um acidente de trânsito quando trafegava em sua motocicleta, acima já mencionada, pela via pública, denominada Rua Conselheiro Chicaca, Centro de Santa Cruz do Piauí; QUE o acidente foi consequência que os pneus da motocicleta derraparam na pista, quando o noticiante foi dar passagem para outro veículo passar, no momento o noticiante se desequilibrou e caiu no chão; QUE logo após a queda o noticiante levantou e se dirigiu a pé a Unidade Mista de Saúde Jandira Nunes Martins, localizado próximo ao local da queda, com dor e suspeita de fratura em punho direito, e logo após dois dias, ou seja, dia 08/01/2018, encaminhado ao Hospital Regional Justino Luz da cidade de Picos - PI, com Trauma com Luxação em Polegar de Mão direita, e em seguida, após exames complementares de RX de punho direito, foi diagnosticada a fratura; onde passou por cirurgia.

Paulo Roberto Moura Satiro - Mat. 270148X
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES - Noticiante
Responsável pela Informação

Antônio Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 21.225-7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000069/2018-44

Delegado de Polícia

Antônio Milton A. de Mello

Delegado de Polícia Civil

Mat 2.112.223-5

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

Declaração de Inexistência de IML



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

José Gabriel de Souza Rodrigues

CPF da Vítima

056.143.668-30

Data do Acidente

06/01/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

19. OFICINA

Soube Unzick Praia DO de Aloril de 2019

Lugar e Data

X José Gabriel de Souza Rodrigues

Campo 1 - Assinatura da Vítima

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

MARIA DARCÍ CLEMENTINO SANTOS - Tabelão Interina
RUA SANTO ANTÔNIO, 232 - C/P. 3422-1242 - CENTRO - PÍCOS - PI. TEL: (89) 3422-1242

REDONDEIO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES. DOU FE. 08/04/2019. TEST. DA VERDADE.
PÍCOS-PI, 09/04/2019. Emol.: 3,85 T: 0,00 RPP: 0,00 Selo: 0,26
Total: 4,98 Selo: ABP. 36798

Maria Darcí Clementino Santos - Tabelão Interina

CNPJ: 26.705.488/0001-86
PÍCOS CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
NOTAS E REGISTROS DE IMÓVEIS
RUA SANTO ANTÔNIO, 232
(89) 3422-1242

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Assessoria de Notas
Registro e
Júris
RECONHECIMENTO
DE FIRMA

ABP 36798



FICHA 1

FUNDINA NUNES MARTINE
 "Atendimento humanizado de qualidade"

CNPJ: 17.690.867/0001-18

Rua Cônego Cardoso, Nº 330 - Centro

Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: atendimento@fundina.com


 INTO Registro: 20.146-1
 Ata subsequente

☐ Melhor	☐ Evasão	Data: 08/01/18
☒ Transferência	☐ Óbito	Hora: 15:00

SUS**Dados do Paciente**

Nome: Jon Gabriel da Silva Rodrigues Idade: 21
 Profissão: Obrador de Maquiagem DN: 03/02/1996 Sexo: ☒ M ☐ F
 RG/CPF: 53.202.209-X SSP-SP CNS: 700 403309766099
 Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: ()
 End. Res.: Rua Cardeal Américo Cidade: Santa Cruz do Piauí
 Bairro: Centro Cep.: 64-545-000 UF: PI
 End. Local: Cidade:
 Bairro: Cep.: UF:
 Pai: Gabriel Antonio Rodrigues Mãe: Bernardina M. Távila de Sousa
 Responsável: Proprio RG/CPF:
 Parentesco do responsável: Grau de instrução:

Dados do Atendimento

Data: <u>06/01/2018</u>	Hora: <u>14:00</u>	Condução: <u>Proprio</u>
Motivo da Procura: <u>Acidente motociclístico</u>	Convênio: <u>SUS</u>	
Acid. Trab.: <u> </u>	Caso Policial: <u> </u>	Trauma: <u>S</u>
Maus Tratos: <u> </u>	Notificar? <u> </u>	

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma: <u>Dor intensa em punho direito</u>	Evento Principal: <u>Acidente de moto</u>
Breve História: <u>Paciente com história de acidente automobilístico (moto) com trauma em punho direito</u>	<u>Beatriz Maria dos Santos</u> ENFERMEIRA Ass. Profissional no Atendimento

☐ Vermelho - emergência
 ☒ Amarelo - urgência
 ☐ Verde - pouco urgente
 ☐ Azul - não urgente

Procedimentos: ☐ Consulta s/ observação
 ☐ Consulta c/ observação
 ☐ Internação Hospitalar
☒ Imobilização de fratura
 ☐ Posicionamento de Luxação
 ☐ Sutura
☐ Outros. Quais?

Queixa Principal: Dor em punho direito HD: Suspeita de fratura em punho direito
 Exame Clínico/ Físico: Dor e limitação do movimento durante mobilização passiva do punho direito.

Medicação (seuente para constar sem observação): SSVV: Tax °C P bpm R lprn PA mmHg GC: mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

 Dr. Manoel Luciano
MEDICO

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico



JANDIRA NUNES MARTINS
Atendimento humanizado de qualidade

CNPJ: 17.880-867/0001-19

Rua Cônego Cardoso, Nº 368 - Centro
Santa Cruz do Píra - PI

E-mail: jandiranunes@jandira.com

FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO Registro: 20.146-1

☐ 1ª consulta

☐ consulta subsequente

Alta:

☐ Melhor

☐ Evasão

Data: 06/01/18

☒ Transferência

☐ Óbito

Hora: 15:00

SUS

Dados do Paciente

Nome: Jon Gabriel da Silva Rocha Idade: 41

Profissão: Operador de Máquinas DN: 03/02/1976 Sexo: ☒ M ☐ F

RG/CPF: 53.200.209-X SSD-SP CNS: 100.403309166099

Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: ()

End. Res.: Rua Cardeal Dom Bosco Cidade: Santa Cruz do Píra

Bairro: Centro Cep.: 64.545-000 UF: PI

End. Local: _____ Cidade: _____

Bairro: _____ Cep.: _____ UF: _____

Pai: Gabriel Antonio Rodrigues Mãe: Bernardina M^{te} Tívia de Sousa

Responsável: O próprio RG/CPF: _____

Parentesco do responsável: OP Grau de instrução: _____

Dados do Atendimento

Data: 06/01/2018 Hora: 12:00 Condução: Própria

Motivo de Procura: Acidente motorcyclista Convênio: SUS

Acid. Trab.: ☒ Caso Policial: ☒ Trauma: S Maus Tratos: ☒ Notificar? ☒

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma: Dor intensa em punho direito Evento Principal: Acidente de moto

Breve História: Paciente com história de acidente automobilístico (moto) com trauma em punho direito

Beatriz Maria dos Santos

ENFERMEIRA

Ass. Profissional no Atendimento

☐ Vermelho - emergência

☒ Amarelo - urgência

☐ Verde - pouco urgente

☐ Azul - não urgente

Procedimentos: ☐ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar

☒ Imobilização de fratura

☐ Posicionamento de Luxação

☐ Sutura

☐ Outros. Quais? _____

Queixa Principal: Dor em punho direito

HD: Suspeita de fratura em punho direito

Exame Clínico/ Físico: Dor e limitação do movimento durante imobilização passiva do punho direito.

Medicação (semente para consulta sem observação): SSVV: Tax _____ °C P _____ bpm R _____ irpm PA _____ mmHg GC: _____ mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

Dr. Manoel Luciano

MEDICO

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

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: 14/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00639

CONTA: 000000122165-1

Nr. da Autenticação 2DF0897D0B8E3D4A



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 735 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 Insc. Estadual: 15.301.331-5
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Sólidas
Regime especial de Imposto de Renda instituído pela Lei nº 9.249/96

Para contato
060900 Informar
seu NÚMERO:

STO. 000190

0459836-9

nº da Rôta Fixa: 018542967

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

CONTA MÊS MARÇO/2019 VENCIMENTO 13-03-2019 CONSUMO (kWh) 61 TOTAL A PAGAR (R\$) 59,79

MARCOS JOSE FERNANDES
R. CONSELHEIRO CHICACA 202 S/C B-URBANO
CPF: 000000000-00
CEP: 64.545-000 - SANTA CRUZ DO PIAUÍ ROT: 207.680.04.07.090400

DADOS DA LEITURA	DATA	DADOS DA LEITURA	DATA
Atual:	2476	Atual:	06/03/2019
Anterior:	2415	Anterior:	04-02-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	04-04-2019
Consumo Medido:	61	Entrega:	04-03-2019
Consumo Faturado:	61	Apresentação:	06-03-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Insignificância:	
		Classe de Consumo:	30

DADOS DA IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR					
Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Res.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1674848		1.1.1.1	65

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Consumo		
FEV/19	70	CONSUMO	61 A R\$ 0,868147 = 52,95
JAN/19	70	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,84
DEZ/18	67		
NOV/18	74		
OUT/18	73		
SET/18	82		
AGO/18	66		
JUL/18	43		
JUN/18	63		
MAI/18	51		

TAXA SEM TRIBUTOS
DA 61 - 0,623668

Comprovante de residência



NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
11/2018 69,86
Informamos que o valor do vencimento mensal de R\$ 69,86, por não ter sido pago até a data de vencimento, está sendo atualizado para R\$ 69,86 + 10% de multa = R\$ 76,85.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESUMO DO FISCAL		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	10,98	Base de Cálculo:	52,95	Alíquota ICMS:	41,30
Energia:	21,21	Valor do ICMS:	22,00%	Valor do ICMS:	11,64
Transmissão:	3,59	Valor do PIS:	1,41%	Valor do PIS:	0,58
Encargos:	2,26	Valor do COFINS:	6,49%	Valor do COFINS:	2,68
Tributos:	14,90				

TAXAS E CONTRIBUIÇÕES								
	DIE			FIC			OBR	OBR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
União	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Estado	0,00			0,00			0,00	
Município								
Outros								

Companhia

→

Período de
cobrança

01/2019

FUSE:

0,00



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRACA ANTONIO NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0492123
Data: 08/01/2018
Funcionário: WALKIRIA

Registro: 382722
Hora: 14:29:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 112

SUS

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES

Nasc.: 03/07/1976 Idade: 41 ANOS, 6 MESES, 5 DIAS Profissão:
End.: SANTA LUZIA, 355 - Bairro: CENTRO
Cor: PARDA Telefone: (89) 9881-95194 Mãe: BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA

CPF: - RG: 53202204x - SUS:

Civil:

CEP: 64600-000

Cidade: PICOS/PI

Pai: GABRIEL ANTONIO RODRIQUES

Clínica: ORTOPEDIA

Demanda: PARTICULAR

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Estado de má com dor em polegar
do lado direito

Hora: ____:____
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Lesão ortopédica (19)

Prescrição Médica:

Rx máo D < 40
Tala gesso

Internação

Anotações da Classificação de Risco

Dr. Evellto de Sá Barros
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA TMS
CRM-PI 45207EOT

Hora: 14:48:40

Prioridade:

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

Queixa/História: TRAUMA COM LUXAÇÃO EM POLEGAR DE MAO DIREITA

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 159/88 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

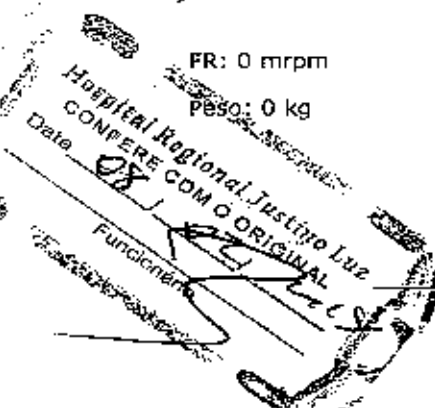
Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHAMENTO EM ANEXO

Conduta: AO ORTOPEDISTA



Ana Flavia Cabral Feitosa
Enfermeiro Responsável
CRM-PI 518.785

529765 - ANA FLAVIA CABRAL FEITOSA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES
Paciente ou Responsável

José Ayres Pedreira Junior
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 190712-0

3424 - JOSÉ AYRES PEDREIRA JUNIOR
Médico Responsável



**CLÍNICA
PICOENSE
DE RADIOLOGIA**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA-RAIO-X DIGITAL -MAMOGRAFIA
DIGITAL -TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA -
ULTRASSONOGRAFIA -DENSITOMETRIA ÓSSEA

Paciente:

JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Idade:

41,7 Ano(s)

Médico:

Nº do Exame:

217071

Convênio:

Particular

Data:

16/02/2018

Raio - X - MÃO direita

Laudos

-A radiografia digital mostrou:

-Fios metálicos na mão direita.

-Controle cirúrgico (pós operatório)

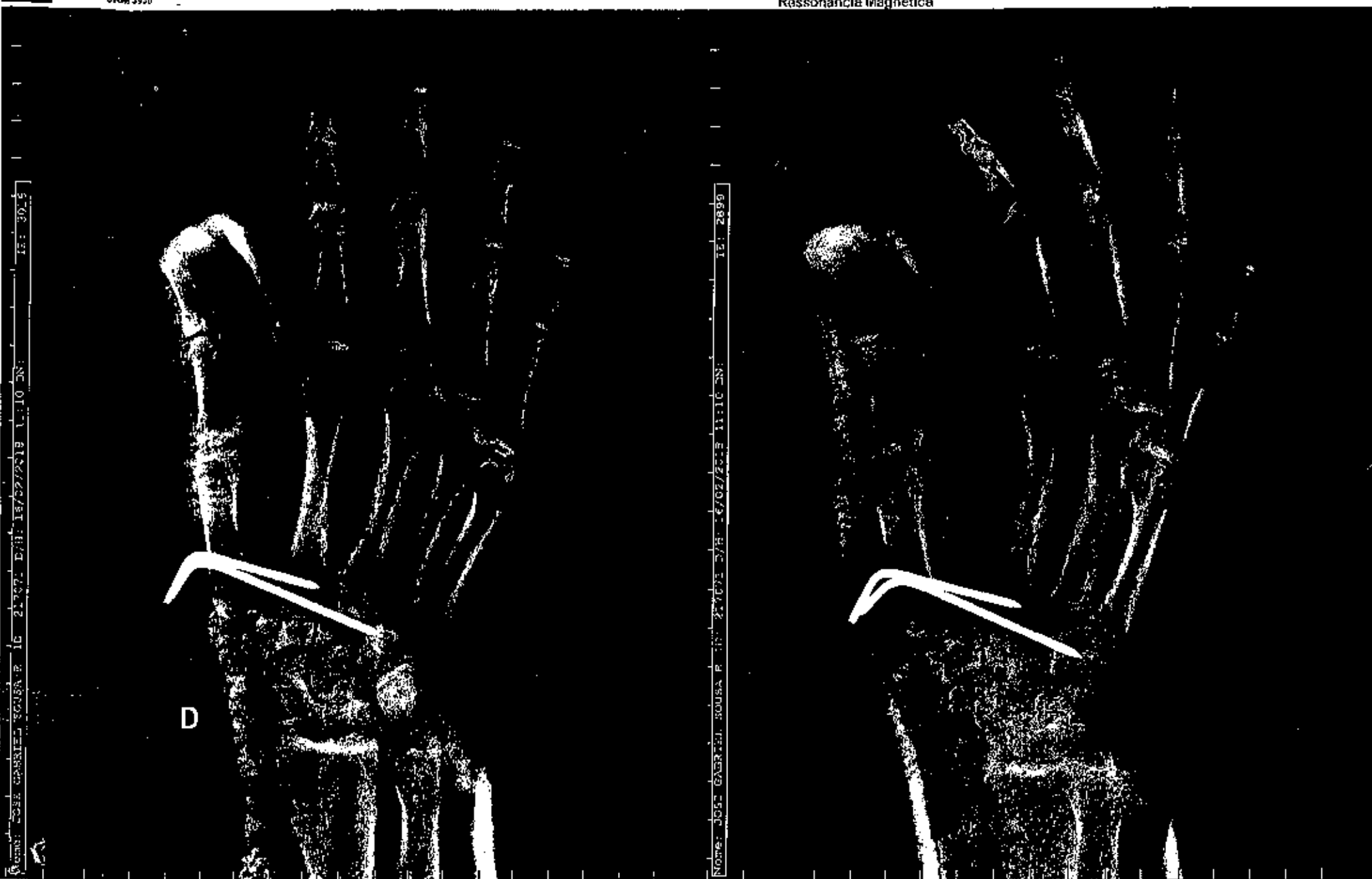
DRA. LARISSA MACÊDO SOARES
CRM - 3930/P1

DR. WALTER PEREIRA SOARES
CRM - 517/P1



CLÍNICA
PICOENSE
DE RADIOLOGIA
Dr. Walter Pereira Soares
CRM 517
Dra. Larissa Macêdo Soares
CRM 3920

Raio-X Digital
Ultrassonografia
Mamografia Digital
Densitometria Óssea
Tomografia Computadorizada
Ressonância Magnética



Nome: JOSE GABRIEL SOUSA P. ID: 217071 D.H: 18/02/2013 LT: 10:50

Nome: JOSE GABRIEL SOUSA P. ID: 217071 D.H: 18/02/2013 LT: 10:50



HRJL
Hospital Regional Justino Luz



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

RECEITUÁRIO

NOME: Serei Gabriel S. Reis

+ Fina

+ 20 mm

+ Fratura bone 3 - Metacarpo (D)

José Ayres Pedreira Junior
Médico / Radiologista
CRM 10.000 / RCP 10.000
RTP 10.000 / RCP 10.000

Data 02/03/18 Dr. _____

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Netva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

RECEITUÁRIO

Nome: Sr. Gabriel de S. Rocha

+ Ex-luvado 3 = MTC

+ Retorno Policlínica ortopedia 30 dias

+ Retorno ao posto 30 dias
Curativos 2x/dia
Manter Tala 30 dias

José Ayres Pereira Júnior
Ortopedista - Ortopedia
CRM 12.345 - Picos-PI

Data 12 / 01 / 18 Dr. _____

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =

Receituário Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ**

GNPJ: 00.998.376/0001-37

Rua Marechal Deodoro, S/Nº - Centro
CEP: 64.545-000 - Santa Cruz do Piauí-PI

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

Data: 28, 03 18

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

1/ Deocil SL clor
01x comp- 22 de m/18

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Org. Emissor:

End:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data:

GRÁFICA BRITO (09) 3422-0200



Sistema Único
de Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO PROCEDIMENTO INDIVIDUALIZADO

Unidade de Saúde de Origem

BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão Nacional de Saúde

Nome do Paciente

Endereço de Residência

Data nasc.

Idade

Sexo

☐ M ☐ F

Bairro

Município

SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Estado

PIAUÍ

Código IBGE

CEP

64.545-000

Caráter Atend.

Raça / Cor

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Código do Procedimento

Descrição do Procedimento

Qtde

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Diagnóstico

Cid 10

OBSERVAÇÃO: (Resultados de provas diagnósticas anteriores, Justificativa Clínica, etc.)

DATA

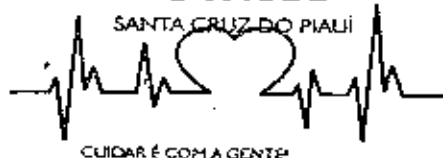
05/06/10

Ass. Solicitante

Realizado em:

**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**

SANTA CRUZ DO PIAUÍ



CUIDAR É COM A GENTE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Declaração

Declaro para os devidos fins que o senhor José Gabriel de Sousa Rodrigues, portador de R.G.: 53.202.204, e CPF: 256143668-30 está realizando tratamento fisioterapêutico no Centro de Saúde Gleiana Martins. O paciente foi vítima de acidente motociclístico, sofrendo trauma no primeiro metacarpo da mão direita (polegar), comprovado através de exame de imagem. O mesmo apresenta um quadro algico de forte intensidade na mão direita, associado a diminuição da amplitude de movimento e força muscular do membro acometido, estando impossibilitado de realizar suas atividades laborais.

Santa Cruz do Piauí, 05 de junho de 2018

Jessica Santos Pinheiro

Jessica Santos Pinheiro
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 202247-F
CPF: 043.049.163-64

Voltando à consulta traga esta receita

Rua Marechal Deodoro, S/N - Centro - Santa Cruz do Piauí - PI - Fone: (89) 3445-1253



HRJL
Hospital Regional Justino Luz



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

Atestado Médico

Atesto que Sore Gabriel de Sousa Rocha
esteve neste hospital dia 1 / 1 / 2018 das 10 às 18 horas:

- ☐ Acompanhando familiar.
- ☐ Para atendimento sem afastamento.
- ☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- ☒ Para atendimento, devendo permanecer afastado por 30 dias, a partir desta data.
- ☐ Deve retornar para consulta em _____

Diagnóstico / C.I.D.: I62 Picos-PI, 12 de 01 20 18

José Ayres Pedreira Júnior
Ouro Preto, 11 de 01 de 2018
CRM 10.000/77

Médico (Assinatura e carimbo)

Paciente (Assinatura)



HRJL

Hospital Regional Justino Luz



PIAUI
GOVERNO DO ESTADO

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

Atestado Médico

Atesto que Sr. Gabriel S. Silva
estive neste hospital dia 1 de 1 das 12 às 18 horas.

- ☐ Acompanhando familiar.
- ☐ Para atendimento sem afastamento.
- ☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- ☒ Para atendimento, devendo permanecer afastado por 60 dias, a partir desta data.
- ☐ Deve retomar para consulta em _____

Siquela Travenca 42

Metoclorpramida (M)

Diagnóstico / C.I.D. S62.792.9 Picos-PI, 02 de 03 de 2018

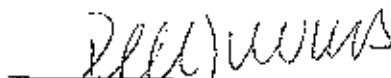
Médico (Assinatura e carimbo)

Paciente (Assinatura)



Associação Médica Brasileira - AMB-PI

Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei Estadual Nº 101
de 4 de Fevereiro de 1948 CNPJ: 06.981.807/0001-39
Federada à ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA


Presidente

Série - B

0849

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins e a pedido do(a) interessado(a) que atendi

Jose Gabriel de Sousa Rodrigues -
RG/CPF

portador CID 562 / 192.9 (autorizado pelo paciente) presente em atendimento
neste consultório de medicina interna da
cerência médica de referência - multiprofissional, com
conclusão de fim de curso, atendendo com dor e
incapacidade de realizar as atividades da vida
severa e constante de sua atividade por ter sido
chance

Local Santa Cruz de Pira - PI Data 05/06/18

Assinatura do(a) Médico(a)

CRM 8953 CPF 012.154.923-00



Rua David Caldas, 90/1º And. • Fone/fax: (86) 3221-4402 / 3221-8636
End. AMB-PI • Caixa Postal 57 • Cep: 64000-190 • Teresina • Piauí
Email: ambpi1938@gmail.com • www.ambpiaui.org.br



Paciente:

JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Idade:

41,7 Ano(s)

Médico:

Nº do Exame:

217071

Convênio:

Particular

Data:

16/02/2018

Raio - X - MÃO direita

Laudos

- A radiografia digital mostrou:
- Fios metálicos na mão direita.
- Controle cirúrgico (pós operatório)

DRA. LARISSA MACÊDO SOARES
CRM - 3930/PI

DR. WALTER PEREIRA SOARES
CRM - 517/PI



HRJL
Hospital Regional Justino Luz



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

RECEITUÁRIO

NOME:

João Gabriel de Sousa Fializ

11

Virol

Obstetra _____ *256*
Tam de 10, 10, 12/126

7

Ronald
Ronaldo Cortez Barros
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM 2525 - CPF 673.584.193-00

Data *08/07/15* Dr. _____

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =



HRJL
Hospital Regional Justino Luz



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

RECEITUÁRIO

NOME:

Jose Gabriel

- PROFUM - 100g -
6m 10. 12/2

- PROFENID - 48g
via MUSEUM.

23-2-18

Raimundo Norberto Rodrigues de Moura
ORÇ. FES. E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 100.100.000

Data 23/2/18 Dr. RP

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0492123
Data: 08/01/2018
Funcionario: WALKIRIA

Registro: 382722
Hora: 14:29:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 112

SUS

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES

Nasc.: 03/07/1976 Idade: 41 ANOS, 6 MESES, 5 DIAS Profissão:
End.: SANTA LUZIA, 355 - Bairro: CENTRO
Cor: PARDA Telefone: (89) 9881-95194 Mãe: BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA

CPF: - RG: 53202204x - SUS:

Civil: CEP: 64600-000

Cidade: PICOS/PI

Pai: GABRIEL ANTONIO RODRIQUES

Clinica: ORTOPEDIA

Demanda: PARTICULAR

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO, COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Queixa de mão com dor em polegar esquerda

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Luxação ortopedica do polegar (19)

Prescrição Médica:

Rx mão D e A 70
Abel-gua

Internação

Anotações da Classificação de Risco

Dr. Erivelto de Sá Barros
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 45207/07

Hora: 14:48:40

Prioridade:

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

Queixa/História: TRAUMA COM LUXAÇÃO EM POLEGAR DE MÃO DIREITA

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 159/88 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHAMENTO EM ANEXO

Conduta: AO ORTOPEDISTA

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Hora:

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES
Paciente ou Responsável

529765 - ANA FLAVIA CABRAL FEITOSA
Enfermeiro Responsável
3424 - JOSÉ AYRES PEDREIRA JÚNIOR
Médico Responsável

Atendimento:	1047591
Data:	09/01/2018
Hora:	13:17

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH

BOLETIM DE ADMISSÃO

382722 - JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 03/07/1976 - Cor/Raça: 03-PARDA

41 ANOS,6 MESES,6 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA

Enfermaria: 14- ORTOPEDIA - F

Leito: C14/68

Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 3424 - JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

CPF: 256.143.668-30

RG: 53202204x

CNS: 898001490577094

SIS Prenatal:

Endereço: SANTA LUZIA, Nº 355 - CEP: 64600-000

Bairro: CENTRO

Cidade: 2208007- PICOS/PI

Profissão: LAVRADOR

Telefone: (89) 9881-95194

Pai: GABRIEL ANTONIO RODRIQUES

Mãe: BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA

Responsável: DANIELY MARIA DE MOURA SILVA - (89) 9881-95194 - PRIMA

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

-48 Horas

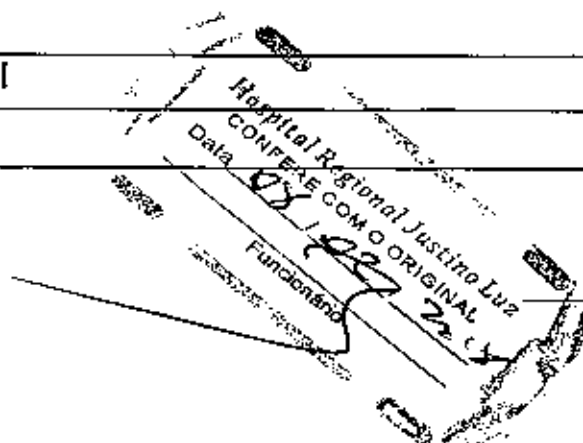
+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Hospital Regional Justino Luz - Pça Dr. Antenor Nelva, 184 - CEP: 64.601-301 - Picos - PI

<i>Jose Gabriel de Souza Rodrigues</i>		PRONTUÁRIO	CLÍNICA				
DATA/ HORA/ CÓDIGO	08/01/12	PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT.	ENF. OU APT 14	LEITO 68	MÉDICO ASSISTENTE
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
				SND	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
① Dieta geral ② Pipirone 1g (EU) 6/6h ③ Furosemida 40mg (EU) 1x/dia ④ SSUV 8mg				Atencão	14	As 10:52 Pac. admitido p/ tratamento Clínico Cirúrgico ortopedico; apresentando fratura em anexo esquerdo, segue em evolução.	
<i>Dr. Erivelto de Sá Barros</i> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 14154 CRM-PI 45207/201						<i>Dr. Lécio</i> 608-214	
						Hospital Regional Justino Luz CONFERE COM O ORIGINAL Data 08/01/12 Funcionário	

4



NOME: JOSE GABRIEL DE SOUSA	ALA C	APTO 14	LEITO 68	R. MET.
HD: INSTABILIDADE MTC/TRAPEZIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PREScrição Médica	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 09/01/2018			10:45h, uniterio Higieniz	
1. DIETA LIVRE			cade + traça bençol	
2. JELCO HIDROLISADO			Duque, a aguardando	
3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS			procedimento cirúrgico	
4. DIPIRONA 1G -01 AMP IV 6/6 HORAS			em: Hitalong Hospital	
6 TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (S/N)	10 18 24 06		guiana HSD de 08h	
7. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)	SN		Tuberculose	
9. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG	SN		Hospital Regional Justina	
10. TILATIL 40mg + AD 12/12H (SN)	SN		CONFERE COM O ORIGINÁRIO	
			Data 09/01/2018	
			Funcionário	

[illegible]



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Nelva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: José Gabriel de Sousa Rêgo - 21 anos

CIRCULANTE <u>Tereza + Clays + Rosilene</u>		SALA Nº <u>04</u>
ENTRADA NA SO <u>11:05</u>	INÍCIO DA ANESTESIA: <u>11:05</u>	INÍCIO DA CIRURGIA <u>11:10</u>
SAÍDA DA SO <u>11:42</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>11:30</u>	TÉRMINO DA CIRURGIA <u>11:30</u>
CIRURGIA PROPOSTA:		
CIRURGIA REALIZADA <u>Osteossíntese do 4º metacarpo da mão direita</u>		
CIRURGIÃO <u>D^r Ronaldo</u>	ANESTESIOLOGISTA <u>D^r Eduardo</u>	INSTRUMENTADOR <u>Marcelo</u>
ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____	2º _____ CRM _____	

MONITORIZAÇÃO	SÍMBOLOS
	☐ PLACA DE SÍMBOLO ELÉTRICO ☐ ELÉTODOS ☐ INCISÃO CIRÚRGICA ☐ OXIMETRIA DE PULSO ☐ PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <u>129x69</u> SATO <u>98%</u> FC <u>78 bpm</u> SINAIS VITAIS TÉRMINO PA <u>137x70</u> SATO <u>99%</u> FC <u>81 bpm</u>	

TIPO DE ANESTESIA	☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMULPLEX ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR ☐ GERAL COMBINADA (V+I) ☐ GERAL INALATÓRIA	☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL ☐ LOCAL ☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER ☐ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER ☐ SEDAÇÃO + LOCAL ☐ TOPICA
--------------------------	--	---

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF	☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____ ☐ OUTRAS _____
---	---

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA	☒ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ GINECOLÓGICA ☐ LITOTÔMICA ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ LATERAL DIREITO ☐ SENTADA ☐ SEMI-FOWLER ☐ TRENDLENBURG
---------------------------------	--

PREPARO DA PELE	☒ DEGERMAÇÃO ☒ ANTI-SÉPSIA REALIZADA POR _____ ☒ PVPI DEGERMANTE ☒ PVPI ALCOOLICO ☒ EQUIPE MÉDICA ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO ☐ EQUIPE ENFERMAGEM ☐ PVPI TÓPICO
------------------------	---

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	☐ CATETERISMO VESICAL ☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl ☐ TRICOTOMIA ☐ PASSAGEM DE _____ ☐ FUNÇÃO VENOSA _____ ☐ ASPIRAÇÃO ☐ OUTROS _____
---------------------------------	---

☐ SONDA URETRAL Nº _____ ☐ SONDA FOLEY Nº _____	☐ COLETOR ☐ UROSTOP ☐ LANCETA _____ UNID _____ ☐ AP BARBEAR _____ UNID _____ ☐ SNG Nº _____ ☐ JELCO Nº _____
--	--

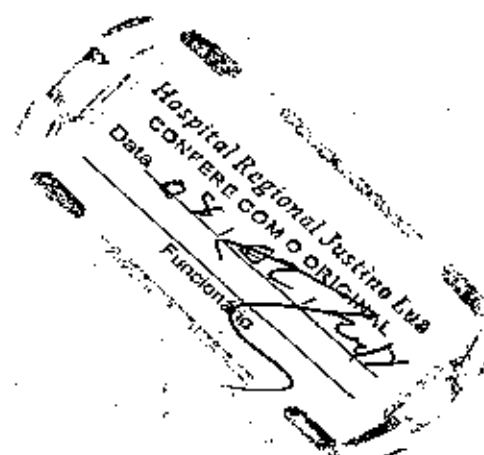
GARROTEAMENTO	☐ TIPO _____ ☐ LOCALIZAÇÃO _____ ☐ TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____ ☐ FAIXA DE SMARCH _____ UNID _____ ☐ BRAÇO _____ ☐ ANTEBRAÇO _____ ☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg ☐ COXA _____ ☐ PANTURRILHA _____ ☐ NÃO SE APLICA
----------------------	--

SERVIÇOS SOLICITADOS	☐ ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ LABORATÓRIO ☐ RX ☐ SIM ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ LOCAL _____ ☐ OUTROS _____ N DE FRASCOS _____ ☐ NÃO SE APLICA
-----------------------------	--

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391- Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>José Gabriel de Sousa Rodrigues</i>			DATA <i>11/09/18</i>	PRONTUÁRIO <i>382722</i>	LEITO <i>C14</i> <i>68</i>
PROCEDIMENTO <i>Ortopedia de Metacarpo 1º</i>			SALA <i>04</i>		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM	
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	☐
SERINGA 5 ML 10 ML	<i>02</i>			BOMBA DE INFUSÃO	☐
SERINGA 20 ML	<i>02</i>			ASPIRADOR	☐
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOClave	☐
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	☐
AGULHA 40X12	<i>01</i>			ULTRASSON	☐
ALGODÃO				STIMUPLEX	☐
ÁGUA DESTILADA 10 ml	<i>02</i>				
PVPI	<i>02</i>				
SONDA VESICAL					
COLETOR DE URINA					
ESCOVA COM DEGERMANTE	<i>02</i>				
ATADURA COM CREPOM					
ATADURA GESSADA					
ATROPINA				USO DA SALA	
KETALAR				INÍCIO	TÉRMINO
DIMORF				<i>11:10h</i>	<i>11:30</i>
NEOCAINA PESADA				DURAÇÃO	
LIDOCAINA				<i>20 min</i>	
PROPOFOL				OPERADOR <i>Dr. Ronaldo</i>	
MIDAZOLAN	<i>01</i>			CIRURGIÃO <i>Dr. Ronaldo</i>	
DIÁZEPAN <i>Decadron</i>	<i>01</i>			AUXILIAR	
TIOPENTAL				ANESTESISTA <i>Dr. Eduardo</i>	
EFORTIL				TIPO DE ANESTESIA <i>Bleuquino</i>	
DIPIRONA				INSTRUMENTADOR	
CEFALOTINA <i>2 g</i>	<i>10/10</i>			OCORRÊNCIAS	
FENTANIL	<i>01</i>				
FLUMAZENIL					
PLASIL					
VITAMINA K					
VITAMINA A					
OCITOCINA					
METHERGIN					
CAT-GUT SIMPLES					
CAT-GUT CROMADO					
FIO DE ALGODÃO					
NYLON					
VYCRIL					
PROLENE					
CLAMP UMBILICAL					
PULSEIRA RN					
GAZE <i>10x10</i>	<i>03</i>				
ESPARADRAPO <i>cu</i>	<i>30</i>				
LÂMINA DE BISTURI <i>nº 24</i>	<i>01</i>				
LUVA ESTÉRIL	<i>02</i>				
LUVA DE PROCEDIMENTO	<i>03</i>				
SORO FISIOLÓGICO 0.9% <i>500 ml</i>	<i>03</i>				
SORO GLICOSADO 5%					
MANITOL					
RINGER LACTADO					
JELCO					
TUBO OROTRAQUEAL					
AGULHA STIMUPLEX					
EQUIPO Fio de Kirschner nº 2/0 + 02					
AGULHA DE RAQUE					
FENOXICAM Cateter nasal	<i>01</i>				



Ronaldo Cortez Barros
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM 2925 - CPF 873.504.123-08

MÉDICO: *Dr. Ronaldo*
ENFERMEIRA(O): *Talli*
TÉC. ENFER.: *Tereza G33.25076 +*
Chys + Rosilene

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento da Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

4 - CNES

4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

382722

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

848006490577094

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/07/1976

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

03

10 - NOME DA MÃE

BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9881-95194

12 - ENDEREÇO

SANTA LUZIA, 355 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PICOS

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2208007

15 - UF

PI

16 - CEP

64600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Glaucoma de olho com dor em olho esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Urgente

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

Ex oftalmológico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Glaucoma crônico bitemporal

21 - CID PRINCIPAL

S62.4

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020377

26 - CLÍNICA

ONCA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgente

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

673.564.193-0001

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Ayres J. Junior

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/07/18

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Ayres J. Junior CRM 3434 - RGO 43.072

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

- 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

M220800001

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

46 - CODUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura paciente/Responsável

Dr. Daniel M. de Moura Silva

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: <i>Dr. Gabriel de Sousa</i>		SEXO:	APT:	LEITO:
FRONTIÁRIO:	CONVÊNIO:	DATA:		HORA:

DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO

fratura *ulnareira de 12 metacentros de mão*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA: *15/05/18* INÍCIO DA CIRURGIA: FIM DA CIRURGIA:

CIRURGIA PROPOSTA: *Osteossintese com* CIRURGIA REALIZADA: *A mesma*
fio de Kirschner

TIPO DE CIRURGIA REALIZADA: ☒ ELETIVA ☐ REINTERNAÇÃO

☒ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ACHADO CIRÚRGICO

(1) Polso e de cubito dorsal sob anestesia e sangria
fandagem e torçoes de cassetes estereos
(2) Redução + fixação de articularia transverso
de mão direita com fio de Kirschner
(3) Curativos e imobilização

[Assinatura]

Rômulo Coloz de Almeida
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM 2525 - CPF 473.584.193-06

INTERCORRENCIAS

ANTIBIOTERAPIA ☐ NÃO ☐ SIM **ANATOMIA PATOLÓGICA** ☐ NÃO ☐ SIM

QUAIS? **Nº DE PEÇAS:** **LOCALIZAÇÃO:**

MATERIAL ESPECIAL ☐ NÃO ☐ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO ☐ ÓRTESE/TIPO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA: ANESTÉSICO: DURAÇÃO:

ANESTESISTA: CREMEB:

CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

**FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO** Registro: 20.146-1

JANDIRA NUNES MARTINS

Atendimento humanizado de qualidade

CNPJ: 17.690-867/0001-19

Rua Cônego Cardoso, N° 380 - Centro

Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: unicefandiranunes@hotmail.com

☐ 1ª consulta☐ consulta subsequente

Alta:

☐ Melhor☐ EvasãoData: 06/01/18☒ Transferência☐ ÓbitoHora: 15:00**SUS****Dados do Paciente**

Nome: Don Gabriel da Silva Rodrigues Idade: 41
Profissão: Obrador de Maquinário DN: 03/02/1976 Sexo: ☒ M ☐ F
RG/CPF: 53.200.209-X SSP-SP CNS: 400.403509766049
Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: ()
End. Res.: Rua Cardeal Cereja Cidade: Santa Cruz do Piauí
Bairro: Centro Cep.: 64-545-000 UF: PI
End. Local: Cidade:
Bairro: Cep.: UF:
Pal: Gabriel Antonio Rodrigues Mãe: Bernardina Mª Tereza de Sousa
Responsável: O próprio RG/CPF:
Parentesco do responsável: PF Grau de Instrução:

Dados do Atendimento

Data: 06/01/2018 Hora: 14:00 Condução: Própria
Motivo da Procura: Acidente motorcyclista Convênio: **SUS**
Acid. Trab.: ☒ Caso Policial: ☒ Trauma: S Maus Tratos: ☒ Notificar? ☒

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma: Dor intensa em punho direito Evento Principal: Acidente de moto
Breve História: Paciente com história de acidente automobilístico (moto) com trauma em punho direito
Beatriz Maria dos Santos
ENFERMEIRA
Ass. Profissional no Acolhimento
☐ Vermelho - emergência ☒ Amarelo - urgência ☐ Verde - pouco urgente ☐ Azul - não urgente

Procedimentos: ☐ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar
☒ Imobilização de fratura ☐ Posicionamento de Luxação ☐ Sutura
☐ Outros. Quais?

Queixa Principal: Dor em punho direito HD: Suspeita de fratura em punho direito
Exame Clínico/Físico: Dor e limitação do movimento durante mobilização passiva do punho direito.

Medicação (comente para consulta com observação): SSVV: Tax °C P bpm R l/min PA mmHg GC: mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

Dr. Manoel Luciano

MÉDICO

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico



UMS

JANDIRA NUNES MARTINS

Atendimento humanizado de qualidade

CNPJ: 17.880-887/0001-18

Rua Cônego Cardoso, Nº 350 - Centro

Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: umsjandiranunes@hotmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO Registro: 20.146-1

☐ 1ª consulta☐ consulta subsequente

Alta:

☐ Melhor☐ Evasão

Data: 06/01/18

☒ Transferência☐ Ôbito

Hora: 15:00

SUS

Dados do Paciente

Nome: Sr. Gabriel da Silva Rodrigues

Idade: 41

Profissão: Operador de Máquinas

DN: 03/02/1976

Sexo: ☒ M ☐ F

RG/CPF: 53.200.209-X SSP-SP

CNS: 300 403309 1660 99

Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo

Tel.: ()

End. Res.: R. Cardeal Cereja

Cidade: Santa Cruz do Piauí

Bairro: Centro

Cap.: 64-545-000

UF: PI

End. Local:

Cidade:

Bairro:

Cap.:

UF:

Pat: Gabriel Antonio Rodrigues

Mãe: Bernandina M. Távila de Sousa

Responsável: O próprio

RG/CPF:

Parentesco do responsável: E + -

Grau de Instrução:

Dados do Atendimento:

Data: 06/01/2018	Hora: 14:00	Condução: Propriz
Motivo da Procura: Acidente automobilístico	Convênio: SUS	
Acid. Trab.: ☒	Caso Policial: ☒	Trauma: S
Maus Tratos: ☒	Notificar? ☒	

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma: Dor intensa em punho direito	Evento Principal: Acidente de moto
Breve História: Paciente com história de acidente automobilístico (moto) com trauma em punho direito	Beatriz Maria dos Santos ENFERMEIRA Ass. Profissional no Acolhimento
☐ Vermelho - emergência ☒ Amarelo - urgência ☐ Verde - pouco urgente ☐ Azul - não urgente	

Procedimentos: ☐ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar

☒ Imobilização de fratura ☐ Posicionamento de Luxação ☐ Sutura

☐ Outros. Quais? _____

Quebra Principal: Dor em punho direito

HD: Suspeita de fratura em punho direito

Exame Clínico/Físico: Dor e limitação de movimento durante mobilização passiva do punho direito.

Medicação (comente para consulta com observação): SSVV: Tax _____ °C P _____ bpm R _____ lpm PA _____ mmHg GC: _____ mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

Dr. Manoel Luciano

MÉDICO

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Cartório do 1º Ofício de Notas (Registro de Imóveis e Registro Civil das Pessoas Naturais) da Comarca de Santa Cruz do Piauí - PI
Rua Clementino Martins - nº 137 - Centro - CEP: 64.545-000
e-mail: GOficio1santacruzdoipiaui@hotmail.com

CERTIFICADO DE A PRESENÇA FIDUCIARIA CONTENDO COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.
SANTA CRUZ DO PIAUI-PI, 05/03/2018.

Edgar Nunes Martins - Tabelião

Emol.: 2,39 TJ: 0,48 Selos: 0,25 Total: 3,12 Selo: 081.81036

1550261

CARTÓRIO
COMARCA STA. CRUZ
EDGAR N. Martins



SANTA CRUZ DO PIAUI
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

EDGAR NUNES MARTINS

Selo de Focalização ABELIAO

ATA DO CONSELHO DE NOTAS DO S. DOS S. MARTINS

ATA DO CONSELHO COMPROMISSADA

ATA DO CONSELHO JURAMENTADA

ATA DO CONSELHO JURAMENTADA

AUTENTICAÇÃO

AB1 81036



FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO Registro: 20.146-1

JANDIRA NUNES MARTINS

Atendimento humanizado de qualidade

CNPJ: 17.890-887/0001-19

Rua Cônego Cardoso, Nº 348 - Centro

Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: umjandiranunes@hotmail.com

☐ 1ª consulta☐ consulta subsequente

Alta:

☐ Melhor☐ Evasão

Data: 06/01/18

☒ Transferência☐ Óbito

Hora: 15:00

SUS

Dados do Paciente

Nome: Sr. Gabriel da Silva Rodrigues

Idade: 41

Profissão: Operador de Máquinas

DN: 03/02/1976

Sexo: ☒ M ☐ F

RG/CPF: 53.202.209-X SSP-SP

CNS: 700.403309166099

Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo

Tel.: ()

End. Res.: R. Cardeal Cereja

Cidade: Santa Cruz do Piauí

Bairro: Centro

Cep.: 64-545-000

UF: PI

End. Local:

Cidade:

Bairro:

Cep.:

UF:

Pai: Gabriel Antonio Rodrigues

Mãe: Bernardina M. Távila de Sousa

Responsável: O Proprietário

RG/CPF:

Parentesco do responsável: E -

Grau de Instrução:

Dados do Atendimento

Data: 06/01/2018

Hora: 14:00

Condução: Própria

Motivo da Procura:

Acidente motociclístico

Convênio: SUS

Acid. Trab.: ☒Caso Policial: ☒Trauma: ☒Maus Tratos: ☒Notificar? ☒

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma: Dor intensa em punho direito

Evento Principal: Acidente de moto

Breve História: Paciente com história de acidente automobilístico (moto) com trauma em punho direito

Beatriz Maria dos Santos

ENFERMEIRA

Ass. Profissional no Acolhimento

☐ Vermelho - emergência☒ Amarelo - urgência☐ Verde - pouco urgente☐ Azul - não urgente

Procedimentos:

☐ Consulta s/ observação☐ Consulta c/ observação☐ Internação Hospitalar☒ Imobilização de fratura☐ Posicionamento de Luxação☐ Sutura☐ Outros. Quais?

Queixa Principal: Dor em punho direito

HD: Suspeita de fratura em punho direito

Exame Clínico/ Físico: Dor e limitação de movimento durante mobilização passiva do punho direito.

Medicação (comente para consulta com observação): SSVV: Tax _____ °C P _____ bpm R _____ lpm PA _____ mmHg GC: _____ mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

Dr. Manoel Luciano

Médico

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST DA VERDADE.
SANTA CRUZ DO PIQUI-PI, 05/03/2018.

Edward NUNES Bar-Ling-Lab-21180

Encl: 2,39 T3:0,48 Selc:0,25 Total:3,12 Selc:0,48
(F50F26)

CARTORIO 1200
COMARCA STA. CR
Edgar N. Meza

TABELA C-

Sigla	Nome do Interpeleto	Nº dos S. Martins
Pd	Paulo de Fátima	NTC COMPROMISSADA
E	Ernesto da Silva	DE SOUSA CARVALHO
A	Alvaro de Menezes	NTC JURAMENADA
R	Rafael de Menezes	

AUTENTICAÇÃO
AB1 81037