



Número: **0802679-02.2019.8.18.0032**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Picos**

Última distribuição : **05/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 33.500,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES (AUTOR)		PAULO GONCALVES PINHEIRO JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
8903677	18/03/2020 13:12	Citação	Citação
6451123	24/09/2019 17:17	Despacho	Despacho
6305784	11/09/2019 15:53	Certidão	Certidão
6224293	05/09/2019 09:33	Petição Inicial	Petição Inicial
6224297	05/09/2019 09:33	AÇÃO DE COBRANÇA -	Petição
6224305	05/09/2019 09:33	doc.1	Documentos
6224307	05/09/2019 09:33	doc.2	Documentos
6224310	05/09/2019 09:33	doc.3	Documentos
6224315	05/09/2019 09:33	doc.4	Documentos
6224318	05/09/2019 09:33	doc.5	Documentos
6224325	05/09/2019 09:33	doc.6	Documentos
6224330	05/09/2019 09:33	doc.7	Documentos
6224336	05/09/2019 09:33	doc.8	Documentos



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
GABINETE DA 2ª Vara da Comarca de Picos DA COMARCA DE PICOS
Rua Joaquim Balduino, 180, Bomba, PICOS - PI - CEP: 64600-000

PROCESSO Nº 0802679-02.2019.8.18.0032

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO: [Seguro, Seguro]

AUTOR: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CITAÇÃO 18 de março de 2020. **IRAILDES LEITE MONTEIRO** Secretaria da
2ª Vara da Comarca de Picos





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

1ª Vara da Comarca de Picos

Rua Joaquim Balduino, 180, Bomba, PICOS - PI - CEP: 64600-000

PROCESSO Nº: 0802679-02.2019.8.18.0032

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro, Seguro]

AUTOR: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Endereço: conselheiro chicaca, 202, centro, SANTA CRUZ DO PIAUÍ - PI - CEP: 64545-000

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas, 74, - de 58 ao fim - lado par, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

MANDADO

Em cumprimento ao DESPACHO-CARTA(Provimento CGJ nº38/2014) abaixo fica a RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. ciente do conteúdo abaixo:

DESPACHO

Defiro a Gratuidade Judiciária, conforme requerido na vestibular.

Recebo a petição inicial.

Diante da matéria versada neste feito, bem assim que a tentativa conciliatória em casos que tais tem se mostrado infrutífera, CITE-SE a seguradora ré para, no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer contestação, sob pena de revelia, azo em deverá apresentar cópia do procedimento administrativo relativo ao sinistro aludido nos autos.

DETERMINO QUE O PRESENTE DOCUMENTO SIRVA, AO MESMO TEMPO, COMO DESPACHO E COMO MANDADO/CARTA, PARA CUMPRIMENTO PELOS CORREIOS MEDIANTE CARTA ARMP.

Picos-PI, 24 de setembro de 2019.

LEONARDO LÚCIO FREIRE TRIGUEIRO
Juiz de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
GABINETE DA 2ª Vara da Comarca de Picos DA COMARCA DE PICOS
Rua Joaquim Balduino, 180, Bomba, PICOS - PI - CEP: 64600-000

PROCESSO Nº: 0802679-02.2019.8.18.0032
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [Seguro, Seguro]
AUTOR: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Certidão de Triagem

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação do processo, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

PICOS-PI, 11 de setembro de 2019.

KELSILANDIA MARIA LEAL DUARTE ANTÃO
Secretaria da 2ª Vara da Comarca de Picos



PETIÇÃO INICIAL





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA
COMARCA DE PICOS-PI.**

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES, brasileiro, solteiro, portador do RG: 53.202.204-X e inscrito no CPF sob o nº : 256.143.668-30, residente e domiciliado à Rua Conselheiro Chicaca, 202, Bairro Centro, Santa Cruz do Piauí-PI, por meio de seu advogado abaixo assinado, procuração anexa, com escritório profissional na Av. Getúlio Vargas, nº 467, sala 02, 1º andar, Centro, Picos-PI, CEP: 64.600-000, onde receberá citações, notificações e intimações de praxe, vem à presença de V. Exa., propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT C/C INDENIZAÇÃO
POR DANOS MORAIS E ANTECIPAÇÃO DE TUTELA

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

em face da **SEGURADORA LIDER DOS**
CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., pessoa jurídica de direito
privado, inscrita sob o CNPJ: **09.248.608/0001-04**, por seu representante
legal com endereço situado na Rua senador Dantas, nº 74, complemento 05,
06, 09, 14 e 15 andares, Bairro Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20.031-
205, pelos motivos de fatos e de direitos a seguir exposto.

DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA:

Requer **o autor**, considerando os mandamentos contidos no
art. 5º, inciso LXXIV, da CF/88 e na Lei nº 1.060/50, que seja - lhe
concedido o benefício da **Justiça Gratuita**, uma vez que, nos termos da
declaração acostada, afirma ser **pobre**, não dispondo de condições para
arcar com honorários advocatícios e demais custas processuais sem resultar
em real prejuízo a seu sustento e de sua família.

Note-se que a **Constituição do Estado do Piauí** trata de
forma específica sobre o direito pleiteado, senão vejamos:

Art. 7º – O consumidor tem direito
à proteção do Estado.

Parágrafo único – A proteção ao
consumidor se fará, dentre outras medidas
criadas em lei, através de:

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

I – gratuidade de assistência
jurídica independentemente da situação social e
econômica do reclamante. (grifo nosso)

Devemos observar os mandamentos da lei do Estado do Piauí nº 4.839/96 atribuindo competência aos juízes para julgar nos moldes na referida lei até que sejam instalados os juizados em todo o interior do Piauí, vejamos:

Art. 17 da lei 4.838/1996 -
Enquanto não instalados os Juizados Especiais nas
Comarcas do Interior, compete aos titulares dessas
comarcas, as funções previstas pela Lei Federal nº
9.099, de 26 de setembro de 1995 (Grifo nosso).

DOS FATOS:

O requerente sofreu acidente de trânsito em 06/01/2018, sendo imediatamente socorrido e levado a um hospital local para primeiros socorros.

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

Tal fato lhe resultou em incapacidade permanente para o desenvolvimento de suas atividades, tendo em vista ter o mesmo passado por procedimento cirúrgico, conforme documentação em anexo.

Após ter alta médica do hospital em que foi atendido e em posse de todos os documentos exigidos para haver o recebimento do seguro obrigatório (DPVAT), o requerente enviou pelos correios toda documentação original exigida a saber: RG, CPF, comprovante de residência, Boletim de Ocorrência, Laudo Médico, notas fiscais, recibos, boletim de cirurgia, dentre outros.

Dessa forma iniciou-se um processo administrativo (no qual o mesmo pleiteia indenização por invalidez), de nº **3190301783**, vale salientar Douto Julgador que até a presente data o requerente só recebeu como indenização o valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme documentação em anexo, contrariando desta forma a Lei.

É bom mencionar que durante todo o processo administrativo o requerente enviou toda documentação necessária para pleitear o seguro (INVALIDEZ PERMANENTE), não obtendo êxito ao recebimento, QUAL SEJA 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) referente a invalidez permanente.

Assim sendo, após esgotar todas as formas de recebimento do seguro pela via administrativa do valor pleiteado, vem o autor à

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

presença dessa respeitável Justiça, como sendo a única forma útil e necessária de alcançar a justiça.

DOS FUNDAMENTOS:

DA LEGITIMIDADE PASSIVA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT:

Percebe-se claramente que a demandada é parte legítima, uma vez que a mesma integra o grupo de seguradoras responsáveis ao pagamento dos valores referentes ao seguro DPVAT, sendo também remunerada por sua atividade, vejamos:

Art. 5º Para operar no seguro DPVAT, as sociedades seguradoras deverão aderir, simultaneamente, aos dois Consórcios específicos, um englobando as categorias 1, 2, 9 e 10 e o outro, as categorias 3 e 4 (grifo nosso).

§ 3º - Cada um dos Consórcios terá como entidade líder uma seguradora especializada em seguro DPVAT, podendo a mesma seguradora ser a entidade líder dos dois Consórcios previstos no caput deste artigo (grifo nosso).

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

Ademais, o artigo 1º da portaria nº 2797/2007 da SUSEP concede autorização à seguradora demandada, confirmando em igual teor pelo artigo 2º, a função de entidade líder dos consórcios, sendo que ela representará as seguradoras integrantes dos consórcios.

Com a simples observação do parágrafo 8º do artigo 5º da referida resolução, facilmente se percebe a clareza da legitimidade passiva da demandada, vejamos:

§ 5º O contrato de constituição do Consórcio deverá conter as regras de adesão e retirada das seguradoras e suas alterações deverão ser previamente aprovadas pela SUSEP.

O **EGRÉGIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ** já teve a oportunidade de se manifestar **de forma unânime** considerando qualquer seguradora como parte legítima para integrar o polo passivo da demanda quando houver a cobrança do seguro DPVAT, vejamos:

Apelação Cível nº 200900010019840 -
CONSTITUCIONAL E CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE
COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO **DPVAT**. MORTE.
LEGITIMIDADE PASSIVA DE QUALQUER SEGURADORA.
COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO.

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA

OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES

OAB/PI 5500

VINCULAÇÃO DO PAGAMENTO AO SALÁRIO MÍNIMO. COMPETÊNCIA DO CNSP PARA REGULAMENTAR O **DPVAT**. VALOR INDENIZATÓRIO. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. FIXAÇÃO. PARÂMETRO EM SALÁRIO MÍNIMO. POSSIBILIDADE - APLICABILIDADE DA LEI Nº 6.194/74. CORREÇÃO MONETÁRIA - RESOLUÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS QUE NÃO SE SOBREPÕE À LEI FEDERAL. HIERARQUIA. COBRANÇA DE DIFERENÇA. POSSIBILIDADE. 1. O ressarcimento advindo do seguro obrigatório pode ser exigido de qualquer seguradora integrante do consórcio das sociedades seguradoras. Logo, mesmo que o pagamento parcial tenha sido realizado por uma seguradora específica, o pedido de complementação pode ser dirigido a qualquer das seguradoras integrantes do consórcio. 2. Recurso improvido. 3. Votação Unânime.(2a. Câmara Especializada Cível, data do julgamento 17/05/2011, Des. Des. José James Gomes Pereira).

DA RELAÇÃO DE CONSUMO:

Cumprе ressaltar inicialmente que a caracterização da relação de consumo está facilmente visível, tendo em vista que o demandante adquiriu o seguro DPVAT de forma onerosa como destinatário final, assim nos referenda o Código de Defesa do Consumidor.

O art. 2º do CDC diz:

“Consumidor é toda pessoa física ou jurídica

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final” (grifo nosso)

Dessa forma, não há o que se negar a cristalina incidência do CDC conforme dicção do o art. 3º, haja vista ser esta uma atividade securitária, vejamos:

Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividades de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista (grifo nosso)

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

61773515 - AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO MONOCRÁTICA. SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULO. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. **Segundo o artigo 3º, parágrafo segundo, do Código de Defesa do Consumidor, as atividades securitárias são serviços considerados como relação de consumo, logo não há falar que o seguro DPVAT não está acobertado pelas normas do referido código.** Além disso, pode o magistrado inverter o ônus da prova quando estiver presente um dos requisitos do artigo 6º, inciso VIII, do Código de Defesa do Consumidor, ou seja, nos casos em que há condição de hipossuficiência de uma das partes, e, ainda, quando houver verossimilhança nas alegações trazidas, verifica-se a possibilidade da inversão do ônus da prova. NEGADO SEGUIMENTO AO AGRAVO. (TJ-RS; AI 70028325108; Tenente Portela; Sexta Câmara Cível; Rel. Des. Luís Augusto Coelho Braga; Julg. 27/01/2009; DOERS 16/02/2009; Pág. 32) CDC, art. 3

Assim, não resta dúvida acerca da característica íntima e pessoal como consumidor e fornecedores que foi determinado pela vontade das partes no ato da aquisição do seguro.

DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA:

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

Tendo em vista a vulnerabilidade presumida do consumidor, o legislador conferiu ao juiz o poder para decretar, com base nos fatos alegados, a inversão do ônus da prova, encontrando previsão legal no CDC:

Art. 6º, VIII do CDC – A facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências (grifo nosso).

Contudo, facilmente se percebe as duas hipóteses de decretação da inversão do ônus da prova, tanto pela verossimilhança como pela hipossuficiência. A primeira se caracteriza pela provável procedência das alegações, enquanto que a segunda pode ser de ordem técnica, econômica e jurídica.

54571715 - COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. REQUISITOS. 1. A relação jurídica decorrente do contrato de seguro DPVAT é regida pelas normas de direito do consumidor. 2. Presentes os requisitos de verossimilhança da alegação e de hipossuficiência do consumidor, é cabível a inversão do ônus da prova. (TJ-MG; AG 1.0024.07.431563-1/0011; Belo Horizonte; Décima Oitava

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

Câmara Cível; Rel. Des. Guilherme Luciano Baeta Nunes; Julg. 16/09/2008; DJEMG 07/10/2008)

62064892 - DPVAT. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE CRIADO PELA LEI Nº 6. 194/74. CONVÊNIO. COBERTURA SECURITÁRIA. OFÍCIO FENASEG. VALIDADE. 1. **AS RELAÇÕES SECURITÁRIAS SÃO REGIDAS PELO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, AUTORIZANDO A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, NOS TERMOS DO INCISO VIII, DO ARTIGO 6º.** 2. Em razão da própria natureza do seguro obrigatório, é objetiva a responsabilidade da seguradora, bastando a configuração do nexa causal entre o veículo segurado e o dano. 3. O seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículos automotores decorre de imposição legal. 4. É válida a prova de pagamento do seguro obrigatório. DPVAT. mediante declaração da FENASEG informando dados do sistema MEGADATA, que controla os pagamentos desse seguro obrigatório. 5. Desprovimento de ambos os recursos, com reforma de ofício da sentença, na forma autorizada pelo art. 557 do CPC. (TJ-RJ; AC 2007.001.10933; Vigésima Câmara Cível; Relª Desª Leticia de Faria Sardas; Julg. 09/03/2007)

62064892 - DPVAT. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE CRIADO PELA LEI Nº 6. 194/74. CONVÊNIO.

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

COBERTURA SECURITÁRIA. OFÍCIO FENASEG. VALIDADE. 1. AS RELAÇÕES SECURITÁRIAS SÃO REGIDAS PELO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, AUTORIZANDO A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, NOS TERMOS DO INCISO VIII, DO ARTIGO 6º. 2. Em razão da própria natureza do seguro obrigatório, é objetiva a responsabilidade da seguradora, bastando a configuração do nexo causal entre o veículo segurado e o dano. 3. O seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículos automotores decorre de imposição legal. 4. É válida a prova de pagamento do seguro obrigatório. DPVAT. mediante declaração da FENASEG informando dados do sistema MEGADATA, que controla os pagamentos desse seguro obrigatório. 5. Desprovemento de ambos os recursos, com reforma de ofício da sentença, na forma autorizada pelo art. 557 do CPC. (TJ-RJ; AC 2007.001.10933; Vigésima Câmara Cível; Relª Desª Leticia de Faria Sardas; Julg. 09/03/2007)

54571715 - COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. REQUISITOS. 1. A relação jurídica decorrente do contrato de seguro DPVAT é regida pelas normas de direito do consumidor. 2. Presentes os requisitos de verossimilhança da alegação e de hipossuficiência do consumidor, é cabível a inversão do ônus da prova. (TJ-MG; AG 1.0024.07.431563-1/0011; Belo Horizonte; Décima Oitava Câmara Cível; Rel. Des. Guilherme Luciano Baeta Nunes; Julg. 16/09/2008; DJEMG 07/10/2008)

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

53078082 - AGRAVO DE INSTRUMENTO. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. Hipossuficiência. Código de Defesa do Consumidor. Aplicabilidade. Prova constitutiva do direito do autor. Documentos acostados à inicial. Perícia judicial às expensas da parte-ré. Decisão mantida. Recurso conhecido e improvido. (TJ-MS; AG 2007.005473-6; Primeira Turma Cível; Rel. Des. Joenildo de Sousa Chaves; Julg. 08/05/2007; DOEMS 23/05/2007)

62064766 - DPVAT. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE CRIADO PELA LEI Nº 6. 194/74. CONVÊNIO. COBERTURA SECURITÁRIA. PRETENSÃO DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO. NEGATIVA DA SEGURADORA. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. SALÁRIO MÍNIMO. 1. AS RELAÇÕES SECURITÁRIAS SÃO REGIDAS PELO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, AUTORIZANDO A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, NOS TERMOS DO INCISO VIII, DO ARTIGO 6º. 2. Em razão da própria natureza do seguro obrigatório, é objetiva a responsabilidade da seguradora, bastando a configuração do nexo causal entre o veículo segurado e o dano. 3. A utilização do salário mínimo, como parâmetro de fixação do valor da indenização do seguro obrigatório. DPVAT -, criado pela Lei n.º 6. 194/74, não foi alterada pela norma do inciso IV do artigo 7º, da Constituição Federal de 1. 988. 4. Simples

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

Resolução não tem o condão de reduzir o valor da indenização que deve corresponder ao equivalente a 40 (quarenta) salários mínimos, na data do efetivo pagamento. 5. Provimento parcial do recurso. (TJ-RJ; AC 2006.001.69416; Vigésima Câmara Cível; Rel^a Des^a Leticia de Faria Sardas; Julg. 12/01/2007)

“A regra contida no art. 6º, VIII, do Código de Defesa do Consumidor, que cogita da inversão do ônus da prova, tem a motivação de igualar as partes que ocupam posições não-isonômicas, sendo nitidamente posta a favor do consumidor, cujo acionamento fica a critério do juiz sempre que houver verossimilhança na alegação ou quando o consumidor for hipossuficiente, segundo as regras ordinárias da experiência, por isso mesmo que exige do magistrado, quando de sua aplicação, uma aguçada sensibilidade quanto à realidade mais ampla onde está contido o objeto da prova cuja inversão vai operar-se” (RESP 140097/SP, julgado em 04.05.2000).”(TJPR – Ag Instr 0118944-4 – (20498) – Curitiba – 4ª C.Cív. – Rel. Des. Dilmar Kessler – DJPR 03.06.2002). (grifo nosso)

No mesmo sentido:

“De acordo com a Lei (art. 6º, inc. VIII do CDC) a facilitação da defesa dos direitos do consumidor, inclusive com a inversão do ônus da prova, tem em conta tanto a hipossuficiência, que pode ser técnica, quanto a verossimilhança da alegação. Requisitos *in casu* presentes. Provimento do agravo.” (TJPR – Ag Instr 0121459-5 –

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA

OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES

OAB/PI 5500

(298) – Curitiba – 8ª C.Cív. – Rel. Juiz Conv. Antônio Renato Strapasson –

DJPR 10.06.2002) (grifo nosso)

Sobre o instituto, VIDAL SERRANO JUNIOR e YOLANDA ALVES PINTO SERRANO pontificam que *“indica o dispositivo consumerista que, com o propósito de facilitar a defesa do consumidor e nos casos de verossimilhança ou hipossuficiência, pode o juiz inverter o ônus da prova. As situações indicadas pelo Código de Defesa do Consumidor como ensejadoras da inversão constituem, na verdade, regras de aplicação sucessiva. Em primeiro lugar, servindo-se das regras de experiência, deve o juiz verificar se a afirmação é verossímil, ou seja, se dentro de um critério de plausibilidade, a afirmação se mostra cabível, com aparência de verdade. Não havendo verossimilhança, deve o juiz analisar a existência de hipossuficiência, quer em decorrência da dificuldade de provar à luz da falta de informações e de conhecimentos específicos, quer em decorrência da dificuldade econômica da prova. Vislumbra-se a situação do consumidor que, demandando sobre vício de um telefone celular, tenha de se onerar com o pagamento da perícia. O valor da prova, muitas vezes maior que o valor reclamado, certamente o afugentaria da demanda, o que se revelaria incompatível com os fins perseguidos pelo instituto, que é o de facilitar a defesa do consumidor”*.¹

No presente caso, vislumbra-se que o requerido está muito mais apto a provar que não constitui verdade o afirmado pelo autor, já que é detentor de poder econômico para tanto como também tem todos os

¹ Código de Defesa do Consumidor Comentado, Saraiva: São Paulo: 2005, p. 49





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

meios de prova ao seu dispor, **inclusive todos os documentos enviados pelos correios.**

DA RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO FORNECEDOR:

Art. 14 do CDC - O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. (grifo nosso)

Cuida-se da aplicação da teoria da responsabilidade objetiva às relações de consumo, consoante a qual, para caracterização do dever de indenizar, basta à comprovação da existência do ato ilícito e do nexo de causalidade entre este e o dano sofrido pelo consumidor, sendo desnecessária qualquer averiguação acerca da ocorrência de culpa ou dolo do fornecedor.

No caso sob vergasta vislumbra-se claramente presentes os 03 (três) elementos configuradores do dever de indenizar, quais sejam:

Que o ato ilícito, caracterizado pela omissão da demandada em pagar o valor do seguro no prazo legal de 15 dias

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

conforme determina o art. 22 da RESOLUÇÃO Nº- 154, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2006 abaixo citada.

Art. 22. Uma vez esclarecidos os fatos ou sanada, pelo interessado, a falha indicada na notificação expedida pela sociedade seguradora, esta deverá pagar a indenização no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da resposta.

O dano moral, decorrente do abalo psíquico que vem suportando o demandante em razão de não poder utilizar o valor do seguro para custear tratamento médico.

E por ultimo, o nexo causal, consubstanciado no liame existente entre omissão na reparação e o prejuízo extrapatrimonial experimentado pelo vulnerável consumidor.

Por todos os lados que se analise presente está à responsabilidade da seguradora pela omissão e descaso na prestação de serviços.

62064743 - DPVAT. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE CRIADO PELA LEI Nº 6. 194/74. CONVÊNIO. COBERTURA SECURITÁRIA. OFÍCIO FENASEG. VALIDADE. 1. AS RELAÇÕES SECURITÁRIAS SÃO REGIDAS PELO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, AUTORIZANDO A INVERSÃO DO

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

ÔNUS DA PROVA, NOS TERMOS DO INCISO VIII, DO ARTIGO 6º.

2. **Em razão da própria natureza do seguro obrigatório, é objetiva a responsabilidade da seguradora**, bastando a configuração do nexo causal entre o veículo segurado e o dano. 3. O seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículos automotores decorre de imposição legal. 4. É válida a prova de pagamento do seguro obrigatório. DPVAT. mediante declaração da FENASEG informando dados do sistema MEGADATA, que controla os pagamentos desse seguro obrigatório. 5. Desprovimento do recurso, na forma autorizada pelo art. 557 do CPC. (TJ-RJ; AC 2007.001.01390; Vigésima Câmara Cível; Relª Desª Leticia de Faria Sardas; Julg. 18/01/2007) CPC, art. 557

DOS REQUISITOS PARA RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT:

O direito à indenização está vinculado apenas à demonstração da ocorrência do acidente com veículo e do dano ao autor, independente de culpa e mediante a apresentação da documentação exigida conforme determina a lei nº 6.194/74, vejam:

Art. 5º da lei 6.194/74 - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

não resseguro, abolida qualquer franquia de
responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste
artigo será paga com base no valor vigente na
época da ocorrência do sinistro, em cheque
nominal aos beneficiários, descontável no dia e na
praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo
de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes
documentos

Analizando a documentação anexa percebe-se a ocorrência do acidente, e havendo dúvidas sobre o direito do autor, requer que V. Exa., determine a exibição dos documentos que integram o processo administrativo.

Ademais, somado a isso, tem-se uma farta documentação anexa ao processo como forma de demonstrar o corrido.

Ainda sim, como é válida a aplicação do instituto da INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, que seja exibido pela demandada os documentos originais que estão em seu poder.

**DA EXISTÊNCIA DO DANO MORAL E DO DEVER DE
INDENIZAR:**

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

Assim transcrevemos, neste turno, magistérios doutrinários que visam à conceituação do tema cardeal a ser debatido: o dano moral sofrido pelo autor e o dever de indenizar.

Nos dizeres de Carlos Alberto Bittar, "*qualificam-se como morais os danos em razão da esfera da subjetividade, ou do plano valorativo da pessoa na sociedade, em que repercute o fato violador, havendo-se como tais àqueles que atingem os aspectos mais íntimos da personalidade humana (o da intimidade e da consideração pessoal), ou o da própria valoração da pessoa no meio em que vive e atua (o da reputação ou da consideração social)*".

A análise do evento em tela – do dano moral incrustado na esfera extrapatrimonial pertinente ao autor – exprime fertilidade no campo da responsabilidade civil, sob enfoque do Código Civil, o qual dispõe:

Art. 186 do C.C, diz: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (grifo nosso).

No que atine ao ato ilícito propriamente dito, comenta o jurista Carlos Roberto Gonçalves “*Ato ilícito é, portanto, fonte de*

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

obrigação: a de indenizar ou ressarcir o prejuízo causado. É praticado com infração a um dever de conduta, por meio de ações ou omissões culposas ou dolosas do agente, das quais resulta dano para outrem” (Direito Civil Brasileiro, V. I, p.449):

Além do mais, após constatar que a omissão em pagar o seguro ao titular do direito gerou um dano ao autor e não é possível em nenhuma hipótese aceitar a manutenção deste ilícito, uma vez que presente está à obrigação de reparação, assim transcrevemos a intenção do legislador expresso no próprio CC, vejamos;

Art. 927 do CC - Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. (grifo nosso)

Assim, conforme se infere na análise da narrativa feita acima, verifica-se perfeitamente a configuração do ato ilícito repudiado, no entanto, quanto à prova da existência do dano moral, são reluzentes os seguintes julgados:

“Dano moral. Prova da efetiva ocorrência do dano. Desnecessidade. Presunção *juris tantum*. Precedentes jurisprudenciais (TJSP, Ap. Cível 52.076-4-SP, 7ª Câmara de Direito Privado, rel. Rebouças de Carvalho, j. 29.07.99)” (grifo nosso).

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

“O dano moral, tido como lesão à personalidade, à honra da pessoa, mostra-se às vezes de difícil constatação, por atingir os seus reflexos parte muito íntimo do indivíduo – o seu interior. Foi visando, então, a uma ampla reparação, que o sistema jurídico chegou à conclusão de não se cogitar da prova do prejuízo para demonstrar a violação do moral humano” (RSTJ 135/384). (grifo nosso).

“Estando comprovado o fato não é preciso a prova do dano moral. (STJ, AGA 250722/SP, j. 19/11/1999, 3ª Turma, r. Carlos Alberto Menezes Direito, DJ 07/02/2000, p. 163)” (grifo nosso)

Como visto, os prejuízos suportados pela vítima independem de prova material para emergir o direito à reparação moral, bastando à comprovação da prática antijurídica perpetrada pelo ofensor.

Por outro ângulo, a indenização por dano moral tem como função alertar o réu para o comportamento danoso e mostrar à sociedade que tal tipo de comportamento dará margem à justa punição. Para o juiz Sérgio Pinto Martins, *"a indenização por dano moral tem objetivos pedagógicos, de evitar que o réu incorra no mesmo ato novamente. Visa desestimular ou inibir situações semelhantes"*.

DOS PEDIDOS:

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

Diante do exposto requer:

A) A **citação da SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** pelos **correios com aviso de recebimento “AR”** na pessoa de seu representante legal, no endereço acima indicado, para querendo, comparecer as audiências que forem designadas e apresentar defesa, no prazo e sob as penas da lei;

B) A concessão da **inversão do ônus da prova** em favor do consumidor, tendo em vista a sua hipossuficiência e a verossimilhança das suas alegações, a teor do que autoriza o inciso VIII, do art. 6º, do CDC;

C) Que seja **concedida a antecipação de tutela** para determinar a exibição do processo administrativo em audiência, fixando desde já multa diária no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais);

D) Que seja condenada a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** a pagar o valor do seguro no importe de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, referente a invalidez do requerente, sendo debitado o que já recebera;

E) Que seja julgado procedente o pedido indenizatório, **condenando a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** a indenizar o requerente pelos **danos morais** no valor de **R\$ 20.000,00 (vinte mil reais)**, a título compensatório e punitivo para que atitudes como estas não voltem a ocorrer;

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

F) A concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, por se tratar de pessoa necessitada na forma da Lei n. 1.060/50, art. 5º, LXXIV, da CF/88, como também por se enquadrar no art. 7º, I da CE do PI c/c art. 53 da lei 9.099/95;

G) A condenação do réu ao pagamento dos honorários advocatícios, estes na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor da ação caso haja Recurso interposto;

DAS PROVAS:

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, notadamente pelos documentos colacionados e exibição de documentos sem prejuízo dos demais meios que se fizerem necessários no curso da instrução processual, o que fica desde já requerido.

DO VALOR DA CAUSA:

Dar-se à causa o valor de **R\$ 33.500,00** (trinta e três mil e quinhentos reais)

Termos em que,
Requer deferimento.

Picos-PI, 05 de Setembro de 2019.

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

Dr. Paulo Gonçalves Pinheiro Júnior

ADVOGADO

OAB/PI 5500

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/PI 4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

*José Gabriel de Souza Rodrigues, solteiro,
brasileiro, portador do RG-53.202.204-X, e CPF nº 256.45.
668-40, residente e domiciliado na Rua Conselheiro Otonari, nº
202, Centro, Santa Luz, do Piauí PI*

OUTORGADO: DR. PAULO GONÇALVES PINHEIRO JUNIOR, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PI Nº 5500 e **DR. FABRÍCIO BEZERRA ALVES DE SOUSA**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PI 4918, ambos Com escritório profissional na Av. Getúlio Vargas, 467, sala 02, 1º andar, Bairro Centro, Picos-PI, fone (89)9912-2627, (89) 8802-7601, (89) 99002700.

A quem confere amplos poderes para fôro em geral, com a cláusula ad-judicia, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta ou outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

PODERES ESPECÍFICOS: pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (nos termos da Lei 1060/50)

Picos (PI), 02 de Setembro de 2019.

José Gabriel de Souza Rodrigues
OUTORGANTE

AV. GETÚLIO VARGAS, Nº 467-1º ANDAR-SALA 02-CENTRO- PICOS-PI, CEP: 64.600-000.





DR. FABRÍCIO BEZERRA
OAB/4918

DR. PAULO GONÇALVES
OAB/PI 5500

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

Jose Gabriel de Souza Rodriguez, brasileiro, solteiro, advogado
Régua 53.202.204-1, CPF 1.256.43.667-3, residente e domiciliado
na Rua Camilo de Castro, 27, Centro, Santa Cruz do Rio do Norte - PE

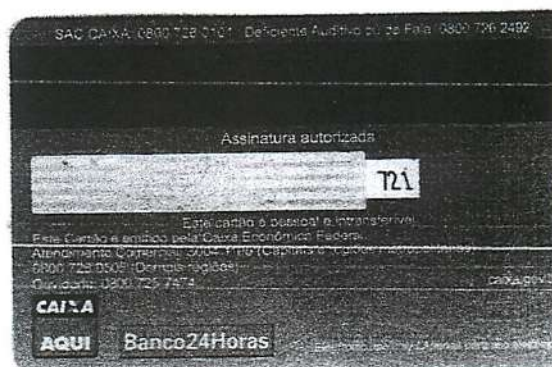
DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Picos-PI, 02 de Setembro de 2019

Jose Gabriel de Souza Rodriguez

DECLARANTE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ 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: LAVADOR Endereço: RUA CONSELHEIRO CHICACA 202 Número: 202 Complemento: _____
Bairro: CENTRO Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUÍ Estado: PI CEP: 64545-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA 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: 001/22/65 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: SANTA CRUZ DO PIAUÍ - 20/04/19
Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES
CPF: 256.143.668/30

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

FPS.001 V001/2018





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.393-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série: -
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte o número

SEU CÓDIGO

0459836-9

Nº da Nota Fiscal 018542967

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

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

MARCOS JOSE FERNANDES
R. CONSELHEIRO CHICACA 202 S/C B-URBANO
CPF: 000000000000000000
CEP: 64.545-000 - SANTA CRUZ DO PIAUÍ ROT: 207.680.04.07.090400

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	2476	Atual:	06/03/2019
Anterior:	2415	Anterior:	04-02-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	04-04-2019
Consumo Medido:	61	Emissão:	04-03-2019
Consumo Faturado:	61	Apresentação:	06-03-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:	FCAM		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1674848		1.1.1.1	65

HISTÓRICO kWh		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		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 61 - 0,623668

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Valor R\$
11/2018 69,86

Informamos existirem débitos vencidos no valor de R\$
*****,00 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s)
debtador(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de
atendimento da Elektropar Distribuição Piauí com o(s) comprovante(s) de pagamento.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO 82B9.000F.AC11.5113.EB8B.C5BC.9E89.5201

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	10,99	Base de Cálculo:	52,95
Energia:	21,21	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,59	Valor do ICMS:	11,64
Encargos:	2,26	Valor do PIS:	0,58
Tributos:	14,90	Valor do COFINS:	2,68

DEBITOS EM VENCIMENTO DE CONTINUIDADE							
	DIC		VIC		DARC		PIOR
	Manual	Automat	Manual	Automat	Manual	Automat	Manual
Leito	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Redução	0,00		0,00		0,00		
Custo							
Período de validade	01/2019 - 01/2020						



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

INFORMAÇÕES 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 Son 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 _____
Email _____ Telefone (DDD) _____

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

Son Gabriel de Souza Rodrigues de Aleluia de 2018
Local e Data

X

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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



798 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000069/2018-44

Unidade de Registro: 4ª 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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Endereço

RUA CONSELHEIRO CHICACA, Nº:

Complemento

CENTRO

Data/Hora

06/01/2018 - 15:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

RG: 1466000 SSP PI

Mãe: BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA

Endereço: RUA CONSELHEIRO CHICACA, Nº 118

Complemento: BAIRRO CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-8819-5194

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental 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: 1466000 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA CONSELHEIRO CHICACA 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. 271.225-7

Boletim de ocorrência emitido em: 24/10/2018 15:29 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: PAULO GONCALVES PINHEIRO JUNIOR - 05/09/2019 09:32:23
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909050932224660000005955174>
 Número do documento: 1909050932224660000005955174

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 012825447317	
VIA 1 00360171753	COD. RUAVAL 00028244	RNTC 2017	EXERCÍCIO 2017
NOME JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES *****			
CRIC/NF 25614366830			
PLACA OCQ-6727			
CHASSI 9C2JC4110CR409547			
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS		ANO FAB. 2011	
CAP/PT/CIL 02P/0124CC		ANO MOD. 2012	
COTA UNICA 02P/0124CC		COR PREDOMINANTE PRETA	
FAMA IPVA 00000000		VENC./COTAS 1º IPVA	
PRÊMIO TAFÁRIO (R\$) 00000000		2º 00000000	
3º 00000000		DATA DE PAGAMENTO 05/01/2018	
SEGURO SEM RESTRICOES			
OBSERVAÇÕES PET: 289.99			
LOCAL SANTA CRUZ DO PIAUI			
DATA 05/01/2018			



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

798 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000069/2018-44

Delegado de Polícia

Antônio Nilton A. de Araújo

Delegado de Polícia Civil

Mat 21.223.7





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
SUS

Senha 112

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 URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Exame de mto com dor em polegar
do direito - *dois dedos*

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Lesão múltipla de mão (19)

Prescrição Médica:

Rx mto de 40 70
Abol. 70
Internação

Anotações da Classificação de Risco

Dr. Eriveto de Sá Barros
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 46207/2007

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°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 - JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR
Médico Responsável





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. Pereira

+ F. 1. 2

+ 20 mm

+ Fratura de 3 - Metacarpo (D)

José Ayres Pedreira Junior
Endereço: Rua da Saúde, 184
CEP: 64.601-391 - Picos-PI
Fone: (86) 3333-1377
Fax: (86) 3333-1377

Data 02/03/18 Dr. _____

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =





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

RECEITUÁRIO

Nome: Sr. Gabriel de S. Rodry

+ Ex-luvion 5 = MTC

+ Retorno Polidromia ortopédia 35 d.m

+ Retorno de per. 35 d.m
Curação do o
Manter Tala 35 d.m

José Ayres Ponteira Júnior
Ondas de 100 Hz
10/09/2019

Data 12 / 01 / 19 Dr. _____

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =



Receituário Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ

CNPJ: 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: 28/07/18

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

1) Deocil si ——— c/c
01x comp- de drink

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

GRÁFICA BRITO (89) 3422-0200





Sistema Único
de Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO PROCEDIMENTO INDIVIDUALIZADO

Unidade de Saúde de Origem

BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/> Nome do Paciente	<input type="checkbox"/> Data nasc.	<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Sexo - <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Endereço de Residência	<input type="checkbox"/> Bairro	<input type="checkbox"/> Município	<input type="checkbox"/> Estado	<input type="checkbox"/> Raça / Cor
<input type="checkbox"/> Código IBGE	<input type="checkbox"/> CEP	<input type="checkbox"/> Caráter Atend.	<input type="checkbox"/> Raça / Cor	
	64.545-000			
		SANTA CRUZ DO PIAUÍ	PIAUÍ	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

<input type="checkbox"/> Código do Procedimento	<input type="checkbox"/> Descrição do Procedimento	<input type="checkbox"/> Qtde -
	Amputação	

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

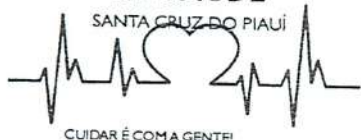
<input type="checkbox"/> Descrição do Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Cid 10 -

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

<input type="checkbox"/> DATA	<input type="checkbox"/> Carimbo Ass. Solicitante	<input type="checkbox"/> Realizado em:
05/09/10		



SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



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: 043.049.153-04

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



PIAUI
GOVERNO DO ESTADO

Atestado Médico

Atesto que Sore Gabriel de Sousa Rocha
esteve neste hospital dia 1 de 1 das 1 às 1 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.: 100

Picos-PI, 12 de 01 de 2018

Jose Ayres Pedreira Junior
Otorrinolaringologista
CRM: 10.117/17

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 Sociedade Gabriel S. de J.
esteve neste hospital dia 1 das 1 às 1 horas;

- ☐ Acompanhando familiar.
☐ Para atendimento sem afastamento. *Saquela Trama 42*
☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje. *Metacarpo 05*
☒ Para atendimento, devendo permanecer afastado por 60 dias, a partir desta data.
☐ Deve retornar para consulta em _____

Diagnóstico / C.I.D.: 562 T929 Picos-PI, 02 de 03 20 18

Médico (Assinatura e carimbo)

Paciente (Assinatura)



**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/PI

DR. WALTER PEREIRA SOARES
CRM - 517/PI





UMS
JANDIRA NUNES MARTINS
"Atendimento humanizado de qualidade"

CNPJ: 17.690-867/0001-19
Rua Cônego Cardoso, N° 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

☐ Óbito

Hora: 15:00

SUS

Dados do Paciente

Nome: Jon Gabriel da Silva Rodrigues Idade: 21
Profissão: Operador de Maquina DN: 03/02/1996 Sexo: ☒ M ☐ F
RG/CPF: 33.203.209-X SSP-SP CNS: 700.403309766099
Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: ()
End. Res.: Rua Cardeal Cícero Cidade: Santa Cruz do Piauí
Bairro: Centro Cep.: 64-525-000 UF: PI
End. Local: _____ Cidade: _____
Bairro: _____ Cep.: _____ UF: _____
Pai: Gabriel Antonio Rodrigues Mãe: Rosmaringa M. Távila de Sousa
Responsável: Proprio RG/CPF: _____
Parentesco do responsável: PF Grau de Instrução: _____

Dados do Atendimento

Data: <u>06/01/2018</u>	Hora: <u>12:00</u>	Condução: <u>Proprio</u>
Motivo da Procura: <u>Acidente motorciclístico</u>	Convênio: SUS	
Acid. Trab.: <input checked="" type="checkbox"/>	Caso Policial: <input checked="" type="checkbox"/>	Trauma: <u>S</u>
Maus Tratos: <input checked="" type="checkbox"/>	Notificar? <input checked="" type="checkbox"/>	

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 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: Suspeito de fratura em punho direito

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

Medicação (somente 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

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável





FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO Registro: 20.146-1

CNPJ: 17.690-887/0001-19
Rua Cônego Cardoso, Nº 350 - Centro
Santa Cruz do Piauí - PI
E-mail: umsandiranunes@hotmail.com

☐ 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 Rodrigues Idade: 41
Profissão: Operador de Máquinas DN: 03/02/1976 Sexo: ☒ M ☐ F
RG/CPF: 53.203.209-X SSP-SP CNS: 700.403909766099
Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: ()
End. Res.: R. Cardeal Cícero 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 próprio RG/CPF: _____
Parentesco do responsável: PF Grau de Instrução: _____

Dados do Atendimento:

Data: <u>06/01/2018</u>	Hora: <u>14:00</u>	Condução: <u>Própria</u>
Motivo da Procura: <u>Acidente motorizado</u>	Convênio: <u>SUS</u>	
Acid. Trab.: <input checked="" type="checkbox"/>	Caso Policial: <input checked="" type="checkbox"/>	Trauma: <u>S</u>
Maus Tratos: <input checked="" type="checkbox"/>	Notificar? <input checked="" type="checkbox"/>	

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 Acolhimento
<input type="checkbox"/> Vermelho - emergência	<input checked="" type="checkbox"/> Amarelo - urgência
<input type="checkbox"/> Verde - pouco urgente	<input type="checkbox"/> 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 direitoHD: Suspeita de fratura em punho direitoExame Clínico/ Físico: Dor e limitação do movimento durante mobilização passiva do punho inchado.

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

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

Dr. Mandel Luciano

Médico

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável





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

Rio de Janeiro, 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

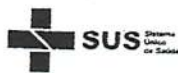
Estamos aqui para Você

Pag 00515/00516 - carta_15R - INVALIDEZ





HRJL
Hospital Regional Justino Luz



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

RECEITUÁRIO

NOME:

Jose Gabriel de Souza Ruedy

11

Uso Oral

Obstetra _____ *256*
Tam de 100, 12/12/16

[Handwritten mark]

[Signature]
Ronaldo Cortez Barros
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM 2925 - CPF 673.584.193-09

Data *08/07/17* Dr _____

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =





NOME:

- PROFUM - 100% —
G — 100% 12/2.

- PROBLEM - 487
via MUSEUM.

23-2-81

Raimundo Nonato Rodrigues de Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-P/0001 CRM-05-2710

Data / / Dr _____

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PÍCOS/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

SUS

Senha 112

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

Civil: CEP: 64600-000

Cidade: PÍCOS/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:

Exame de mto com dor em polegar direito -

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Lesão metacarpo proximal (1º)

Prescrição Médica:

Rx mto do 1º AD 70
Abelgo
Internar

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

Anotações da Classificação de Risco

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 - JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR
Médico Responsável



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

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

Nº AIH
TAILA

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, N° 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

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

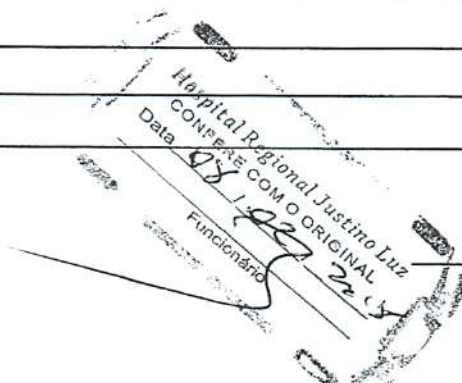
Resultado

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Removido	<input type="checkbox"/> -48 Horas
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Pedido	<input type="checkbox"/> +48 Horas
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Evasão	<input type="checkbox"/> Obito
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> Indisciplina	

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR





HRJL
Hospital Regional Justino Luz



Comissão

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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

DATA/ HORA/ CÓDIGO	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			ENF. OU APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Prescrição de Soro Rodolpho,					
08/04/18	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
1	Diluir soro				
2	Diluir 185 (EU) 6/66		18:00	Paciente admitido na clínica ortopédica para tratamento cirúrgico em preparação para cirurgia.	
3	Diluir 185 (EU) 1X1 clus				
4	AD 8 ml				
5	55118 s 184 p. 184				
<i>Dr. Erivaldo de Sa Barros</i> Oftalmologista					
<i>Hospital Regional Justino Luz</i> CONFERE COM O ORIGINAL Data: 05/09/2019 Funcionário: [Assinatura]					



Fundação Estadual Paulista
de Serviços Hospitalares

HRJL

Hospital Regional Justino Luz

SUS
Sistema
Único
de Saúde



GOV. DO
PIAUÍ
GOVERNO DO ESTADO

PRESCRIÇÃO
MÉDICA

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

DATA/HORA/CÓDIGO	08/01/19	PRESCRIÇÃO MÉDICA	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	QUANT.	ENF. OU APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
------------------	----------	-------------------	------------	---------	--------	-------------	-------	-------------------

1) Dose oral
2) 1/1000 (1%) 6/6h
3) 1/1000 40mg S/O 1x1 dia
4) 55v. 8/12h

Dr. Enivaldo de Sá Barros
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA/1154
CRM-PI 46207EOT

5) NO
6) 14
7) 68
8) 14
9) 14
10) 14
11) 14
12) 14
13) 14
14) 14
15) 14
16) 14
17) 14
18) 14
19) 14
20) 14
21) 14
22) 14
23) 14
24) 14
25) 14
26) 14
27) 14
28) 14
29) 14
30) 14
31) 14
32) 14
33) 14
34) 14
35) 14
36) 14
37) 14
38) 14
39) 14
40) 14
41) 14
42) 14
43) 14
44) 14
45) 14
46) 14
47) 14
48) 14
49) 14
50) 14
51) 14
52) 14
53) 14
54) 14
55) 14
56) 14
57) 14
58) 14
59) 14
60) 14
61) 14
62) 14
63) 14
64) 14
65) 14
66) 14
67) 14
68) 14
69) 14
70) 14
71) 14
72) 14
73) 14
74) 14
75) 14
76) 14
77) 14
78) 14
79) 14
80) 14
81) 14
82) 14
83) 14
84) 14
85) 14
86) 14
87) 14
88) 14
89) 14
90) 14
91) 14
92) 14
93) 14
94) 14
95) 14
96) 14
97) 14
98) 14
99) 14
100) 14

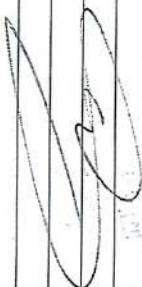
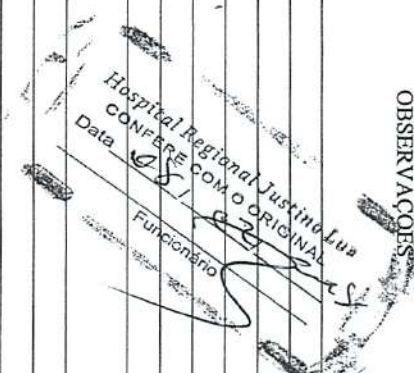
Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 08/01/2019
Funcionário
Dr. Enivaldo de Sá Barros
CRM-PI 46207EOT





A



NOME: JOSE GABRIEL DE SOUSA		ALA C	APTO 14	LEITO 68	R. MET.
HD: LUXACAO MTC/TRAPEZIO		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: 10/01/2018 PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA ZERO					
2. SF0,9% 1000ML IV EM 24 HORAS		10 20			
3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS		06			
4. DIPIRONA 1G-01 AMP IV 6/6 HORAS		12 18 24 06		SN	
6. TRAMADOL 100 mg + Sf 0,9% 100 mL EV 8/8 h (S/N)				SN	
7. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)				SN	
9. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG				SN	
10. TILATIL 40mg + AD 12/12H		12 24			
11. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV 6/6 HORAS		12 18 24 06			
					
					





HRJE
Hospital Regional Justino Luz



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

[illegible]

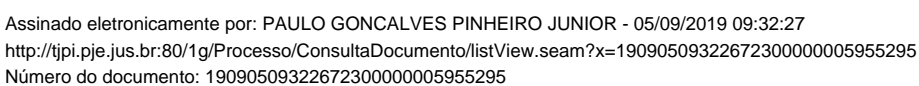
OBSERVAÇÕES

Hospital Regional Justino Luz

CONFERE COM O ORIGINAL

Data 02/04/2015

Funcionário



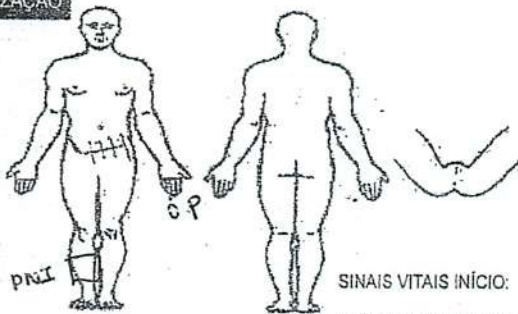
Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

**REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO**

Pcte: José Gabriel de Sousa Rodrigues

CIRCULANTE Tolosa + Chys + Resilene SALA Nº 04
ENTRADA NA SO 11:05 INÍCIO DA ANESTESIA: 11:05 INÍCIO DA CIRURGIA 11:10
SAÍDA DA SO 11:45 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:30 TÉRMINO DA CIRURGIA 11:30
CIRURGIA PROPOSTA: Osteossintese do 1º metacarpo mão direita
CIRURGIÃO D^o Ronaldo ANESTESIOLOGISTA D^o Eduardo INSTRUMENTADOR Marcos
ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTRODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 129x69 SATO 98% FC 78 bpm
SINAIS VITAIS TÉRMINO PA 137x70 SATO 99% FC 81 bpm

TIPO DE ANESTESIA

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX | <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> GERAL |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 | <input type="checkbox"/> LOCAL |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR | <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> COM CATETER |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL | <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1) | <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEM CATETER |
| | <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA | <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL |
| | | <input type="checkbox"/> TOPICA |
- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____
☐ SEM CUFF ☐ OUTRAS _____

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> DORSAL | <input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA | <input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO | <input type="checkbox"/> SENTADA | <input type="checkbox"/> TREDELEMBURG |
| <input type="checkbox"/> VENTRAL | <input type="checkbox"/> LITÔMICA | <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO | <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER | |

PREPARO DA PELE

- | | | | |
|---------------|---|---|---|
| DEGERMAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE | <input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA | <input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO |
| ANTI-SEPSIA | <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO | <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO | |
| REALIZADA POR | <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA | <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM | |

PROCEDIMENTO REALIZADOS

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL | <input type="checkbox"/> TRICOTOMIA | <input type="checkbox"/> PASSAGEM DE SNG | <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl | <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENTILADORA | <input type="checkbox"/> MSD | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ |
| | <input type="checkbox"/> MSE | | |

- | | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sonda URETRAL Nº _____ | <input type="checkbox"/> COLETOR | <input type="checkbox"/> UROSTOP | <input type="checkbox"/> AP BARBEAR _____ UNID | <input type="checkbox"/> SNG Nº _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonda FOLEY Nº _____ | <input type="checkbox"/> LANCETA | <input type="checkbox"/> UNID | <input type="checkbox"/> Sonda DE ASPIRAÇÃO Nº _____ | <input type="checkbox"/> JELCO Nº _____ |

GARROTEAMENTO

- | | | |
|---|--|--|
| TIPO <input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID | <input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmhg | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA |
| LOCALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO | <input type="checkbox"/> COXA | <input type="checkbox"/> PANTURRILHA |
| TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____ | | |

SERVIÇOS SOLICITADOS

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | LOCAL _____ N DE FRASCOS _____ |
| <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RX | <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ | <input type="checkbox"/> 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 68</i>
PROCEDIMENTO <i>Ortopedia de Metacarpo 1º</i>				SALA <i>04</i>		
MATERIAL DE CONSUMO				QUANT.	UND.	TOTAL
SERINGA 1 ML 3 ML						
SERINGA 5 ML 10 ML				<i>02</i>		
SERINGA 20 ML				<i>02</i>		
KIT ACESSO CENTRAL						
SONDA DE ASPIRAÇÃO						
AGULHA 40X12				<i>01</i>		
ALGODÃO						
ÁGUA DESTILADA <i>10 ml</i>				<i>02</i>		
PVPI <i>1 ml</i>				<i>100</i>		
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE				<i>03</i>		
BANDA COM CREPOM						
BANDA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA						
PROPOFOL						
MIDAZOLAN				<i>01</i>		
DIAZEPAN <i>Neodron</i>				<i>01</i>		
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA <i>2 g</i>				<i>11/10</i>		
FENTANIL				<i>01</i>		
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
T-CUT 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>Seraul</i>				<i>03</i>		
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
EQUIPO <i>Fio de Kirschner nº 210</i>				<i>02</i>		
AGULHA DE RAQUE						
TENOXICAM <i>Cateter nasal</i>				<i>01</i>		

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data *11/09/18*
Funcionário *Ronaldinho*
Ronaldo Cortez Barros
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM 2825 = CPF 673.584.193-08

MÉDICO: *Dr. Ronaldo*
ENFERMEIRA(O): *Talli*
TÉC. ENFER.: *Tereza 633.25016 +*
Clay + Resilene





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de 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)

89800490577094

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/07/1976

9 - SEXO

Masc.

☒

1

Fem.

☐

2

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 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2208007

15 - UF

PI

16 - CEP

64600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de mão com dor em punho esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Ortopedia

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

Rx ortopedico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Luxação metacarpo falangeana

21 - CID PRINCIPAL

S62.4

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO Cirurgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020377

26 - CLÍNICA

Ortop

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Internar

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

673.564.193-00 Junior

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Jose Ayres

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/07/18

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Ortopedia / Traumatologia
CRM 3424 - F00711.977
CRM 650.674-07

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 - Cód. ORGÃO EMISSOR

M220800001

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura paciente/Responsável

ey M de maura silva



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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE <i>Jose Gabriel de Souza</i>		SEXO	APT°	LEITO
PRONTUÁRIO	CONVÊNIO	DATA	HORA	

DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO

Luxação de 1º metacarpo de mão direita

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA <i>10/05/18</i>	INICIO DA CIRURGIA	FM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA <i>Osteosintese com fio de Kirschner</i>	CIRURGIA REALIZADA <i>A mesma</i>	
TIPO DE CIRURGIA REALIZADA: <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA		

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA/ ACHADO CIRÚRGICO

- (1) Potroto e debridamento local sob anestesia e sangria
- (2) Redução + fixação com fio de Kirschner + placa
- (3) Curativo + imobilização

Ronaldo Cortez Brito
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA
CRM 2925 - CPF 673.568.193-00

INTERCORRENCIAS

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
----------------	---	---------------------	---

QUAIS?	Nº DE PEÇAS:	LOCALIZAÇÃO:
--------	--------------	--------------

MATERIAL ESPECIAL	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO	<input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO
-------------------	---	--------------------------------------

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA	CREMEB	

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

Cod 2185

