ProceComCiv 0801298-62.2019.8.18.0030
WANDERSON SANTOS MOURA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

9096165 - CONTESTAÇÃO (2710837 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/04/2020 10:47:28

02 Apr 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 9096162 - CONTESTAÇÃO
    - 9096165 - CONTESTAÇÃO (2710837 CONTESTACAO 01)
    - 9096168 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2710837 CONTESTACAO Anexo 02)
    - 9096170 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 9096173 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
    - 9096174 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:47

8 de 6

downloadBinario.seam 1 / 11

2710837- C3/ 2020-01449/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08012986220198180030

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf Exibir todos

10:47
02/04/2020

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08012986220198180030

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 **WANDERSON SANTOS MOURA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/12/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **25/10/2018**.

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/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

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 25/10/2018 após 10 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 24/12/2017, 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, CPC[3].

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)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523324 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDERSON SANTOS MOURA **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO JOELHO DIREITO.
Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	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, discorrendo 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **24/12/2017**. 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: 19/11/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: WANDERSON SANTOS MOURA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01383
CONTA: 000000062350-2

Nr. da Autenticação 902FDAA07128532B

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[4].

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

[4]RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE 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.

[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."

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

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

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

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

> Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e
>
> Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[6.]

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[7]

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.

---

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

[7]***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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 da 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 horários 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.

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,

OEIRAS, 27 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 esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à 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 **WANDERSON SANTOS MOURA**, em curso perante **a 2ª VARA CÍVEL** da comarca de **OEIRAS**, nos autos do Processo nº 08012986220198180030.

Rio de Janeiro, 27 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

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1367284-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.201.383-5
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 011501720

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$)
SETEMBRO/2018	01/10/2018	45	33,59

MARIA FRANCINETE DE MOURA SANTOS BORGES
AV JOAQUIM CASTELO BRANCO 268 SANTO ANTONIO CENTRO
CPF: 00000783521340
CEP: 64.018-000 SANTA ROSA DO PIAUÍ ROT: 67.477.17.37.065030

DADOS DA LEITURA

	kWh
Atual:	323
Anterior:	278
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo Medido:	45
Consumo Faturado:	45 FCAM

DATAS DA LEITURA

Atual:	25/09/2018
Anterior:	24/08/2018
Próxima Leitura:	25/10/2018
Emissão:	21/09/2018
Apresentação:	25/09/2018

NORMAL 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Rota	Código Fat.	Média 12 meses
R				1.1.1.1	20

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo

AGO/18	17
JUL/18	10
JUN/18	2
MAI/18	4
ABR/18	4
MAR/18	5
FEV/18	6
JAN/18	9
DEZ/17	43
NOV/17	44

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 45 - 0,684930

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	45 A R$ 0,639243 =	28,76
CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)		4,07
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/18-00		0,15
MULTA POR ATRASO 07/18-00		0,38
JUROS DE MORA DE MPO 07/18-00		0,23
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA		4,40

AJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano	Valor R$
08/2018	23,93

Unidade [illegible] sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 18/10/2018. O não pagamento por [illegible] implica a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 609B.9090.6DFB.00D1.D451.C8AF.0267.73CF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	7,77
Energia:	14,75
Transmissão:	2,32
Encargos:	2,35
Tributos:	1,57

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	
Alíquota ICMS:	
Valor do ICMS:	
Valor do PIS:	0,28
Valor do COFINS:	1,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
0,00			0,00			0,00

DEIRAS 07/2018 8,75

ROT: 67.477.17.37.065030

Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
1367284-3	33,59
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
09/2018	01/10/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.201.383-5

Nº da Nota Fiscal: 011501720 FCAM

83650000000 2 33590017090 2 00000001367 2 28430918008 1

SEQ.: 00290 UC: 1367284-3 DT.LEIT.: 25/09/2018 T.ENTR.: 02
LEITURA: 323 NORMAL TOTAL: 33,59 CARGA: A01
DT.VENC.: 01/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0842

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contatos com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1185343-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Barandão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06 865 246/0001-29 | Insc. Estadual 19 101 301-3
Nova Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série D-1
Registro especial de empresa autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 012373363

Conta de Energia Elétrica - ICMS Isento
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYERE MARTINS SILVA
AV DON EXPEDITO LOPES 241 DEIRAS NOVA
CPF: 00004640028342
CEP: 64.500 000 - OEIRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA

	kWh
Atual:	11870
Anterior:	11721
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo Medido:	149
Consumo Faturado:	149 FCAN

DATAS DA LEITURA

Atual	16/10/2018
Anterior	14/09/2018
Próxima Leitura	16/11/2018
Emissão	15/10/2018
Apresentação	16/10/2018

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Fase	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1266414	[illegible]	[illegible]	[illegible]

HISTÓRICO kWh

Mês/Ano consumo

SET/18	140
AGO/18	151
JUL/18	125
JUN/18	138
MAI/18	140
ABR/18	128
MAR/18	122
FEV/18	120
JAN/18	127
DEZ/17	97

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R$ 149 - 0,834032

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	149 A R$ 0,834032 =	124,27
CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)		9,90
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	7,44	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
09/2018	125,95

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem(m) conta(s) vencida(s) e já reavisada(s) no valor de R$ 197,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contatos com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1185343-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Barandão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06 865 246/0001-29 | Insc. Estadual 19 101 301-3
Nova Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série D-1
Registro especial de empresa autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 012373363

Conta de Energia Elétrica - ICMS Isento
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYERE MARTINS SILVA
AV DON EXPEDITO LOPES 241 DEIRAS NOVA
CPF: 00004640028342
CEP: 64.500 000 - OEIRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA

	kWh
Atual:	11870
Anterior:	11721
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo Medido:	149
Consumo Faturado:	149 FCAN

DATAS DA LEITURA

Atual	16/10/2018
Anterior	14/09/2018
Próxima Leitura	16/11/2018
Emissão	15/10/2018
Apresentação	16/10/2018

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Fase	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1266414	[illegible]	[illegible]	[illegible]

HISTÓRICO kWh

Mês/Ano consumo

SET/18	140
AGO/18	151
JUL/18	125
JUN/18	138
MAI/18	140
ABR/18	128
MAR/18	122
FEV/18	120
JAN/18	127
DEZ/17	97

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R$ 149 - 0,834032

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	149 A R$ 0,834032 =	124,27
CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)		9,90
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	7,44	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
09/2018	125,95

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem(m) conta(s) vencida(s) e já reavisada(s) no valor de R$ 197,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu RANYERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.400.283 / 42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wanderson Santos Moura Inscrito (a) no CPF sob o Nº 046-400-283 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WANDERSON SANTOS MOURA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064-101-723 / 54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

X Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: RECESSO e apresento os documentos comprobatórios:

ORIGINAL

( ) Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
AV. DOM. EXPEDITO LOPES		241	— / —
Bairro: JEREMENTA	Cidade: OEIRAS	Estado: PIAUÍ	CEP: 64.500-000
Email: — / —	Telefone comercial(DDD): — / —	Telefone celular (DDD): 89-9408-3583	

OEIRAS 29 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Ranyere Martins Silva
Assinatura do Declarante

AJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Hélio Gomes de Melo,

RG nº 2 613 927, data de expedição 04/09/2003

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 470 271 933 53, com domicílio na cidade de Santa Rosa do Piauí, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Boa Nova – CENTRO, nº 327,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima WANDERSON SANTO MOURA cujo o condutor era Valdeci moura Borges.

Veículo: PAS – MOTOCICLO
Modelo: HONDA – NXR-150 – BROS – ES
Ano: 2011
Placa: NIW-6062
Chassi: 9C2KD0550BR552657
Data do Acidente: 24-12-2017
Local e Data: 24/12-2017, NA AV. BOA VOLUNTADE (CATAF), PRÓXIMO À JOSÉ PIAUIENSE, NO MUNICIPIO DE OEIRAS, PIAUÍ.

4º OFÍCIO

Hélio Gomes de Melo
Assinatura do Declarante

4º OFÍCIO

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

AJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

ORIGINAL

COMARCA DE OEIRAS
RECONHECIMENTO DE FIRMA ABJ 31230
RECONHECIMENTO DE FIRMA ABJ 31229

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: cartorioevangelina@gmail.com
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: HELIO GOMES DE MELO e VALDECI MOURA BORGES. DOU FE. EM TESTEMUNHO DA VERDADE.
OEIRAS-PI,25/10/2018. Emol.:7,42 TJ:1,48 Selo:0,52 Total:9,42
Selo:ABJ.31229 ABJ.31230 (F3UP33)
ELIZANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA-ESCREVENTE AUTORIZADA
ELIZANGELINA DE CARVALHO SA E FREITAS - TABELIÃ ELIZANGELA MAURIZ DE SA E SILVA ELIZANGELA MAURIZ DE SA SIQUEIRA
GIRLANDIA OLIVEIRA DE SOUSA

Amanda

HRDC

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Oeiras-PI - Fone:(89) 3462-1213
CEP: 64.500-000
CNPJ: 06.553.564/0013-71

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Wanderson Santos Moura

DATA DE NASCIMENTO: 19/04/2000

PROFISSÃO:

SEXO: MASC.: [X] FEM.: [ ]

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE: RG: 4.194.960 11/03/15 SSP/PI

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

CPF: 064.101.723-54

RAÇA / COR:

BRANCA [ ] PRETA [ ] AMARELA [ ]

PARDA [ ] INDÍGENA [ ] SEM INFORMAÇÃO [ ]

PJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

FILIAÇÃO:

PAI: Valdeci Moura Borges

MÃE: Maria Francinete (~~de Moura Borges~~) de Sousa Santos

ENDEREÇO: Rua Projetada S/N Bairro: Rodagem Rios

MUNICÍPIO: Oeiras Piauí

ESTADO: PI

CEP: 64500-000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: 04 / 12 / 2017

HORA: 11:36

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente encaminhado pelos SAMU de acidente vertiginoso de acidente motociclístico, sem uso de capacete, caído no chão de bicicleta, deformidade e rigidez para de movimento, queixa de imobilização em perna direita, queixa de dor intensa, sol impactado motivo. PA: 147/89 mmHg SAT: 98% HGT: 125 mg/dl

Francisco Thyago Soares
Enfermeiro
COREN-PI: 458.659

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Ortopedista

Nome do Paciente: Wanderson Santos Moura Dat. Nasc.: / /

Clínica: Ata: Enf.: Leito:

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente apresentando fratura fechada de epífise proximal de tíbia direita

Data: 24 / 12 / 2017 Assinatura: Igor B. Dantas Moura CRM-PI 5937 CPF: 031.007.793-12

PARECER:

Fraturas: platô tibial dir

CD: tratamento cirúrgico

PJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

Data: 25 / 12 / 17 Assinatura:

P. A	PULSO	TEMP	BCPM	Sp02

DIAGNÓSTICO

CID 10	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

TERAPIA MEDICAMENTOSA	☐	CONSULTA ORTOPÉDICA	☐
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	☐	PEQUENA CIRURGIA	☐
CONSULTA MEDICAMENTOSA	☐	IMOBILIZAÇÃO	☐

TRATAMENTOS REALIZADOS

(1) Dipirona 2g IV
(2) Tramal 100mg - 01 fa + 100ml S.F. 0,9%, 5V, lento!
(3) Solicito Rotina Radiológica p/ Atendimento ao Politraumatizado.

Paula Fernanda
Técnica em Enfermagem
COREN-PI 573.964

EXAMES REALIZADOS

Não evidenciado fraturas na região anterior de tórax direito.

OUTROS

ASSINATURA E Nº DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Emmanuel Franco Araújo
MÉDICO
CRM-PI 6320

HRDC
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO – OEIRAS – PIAUÍ

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

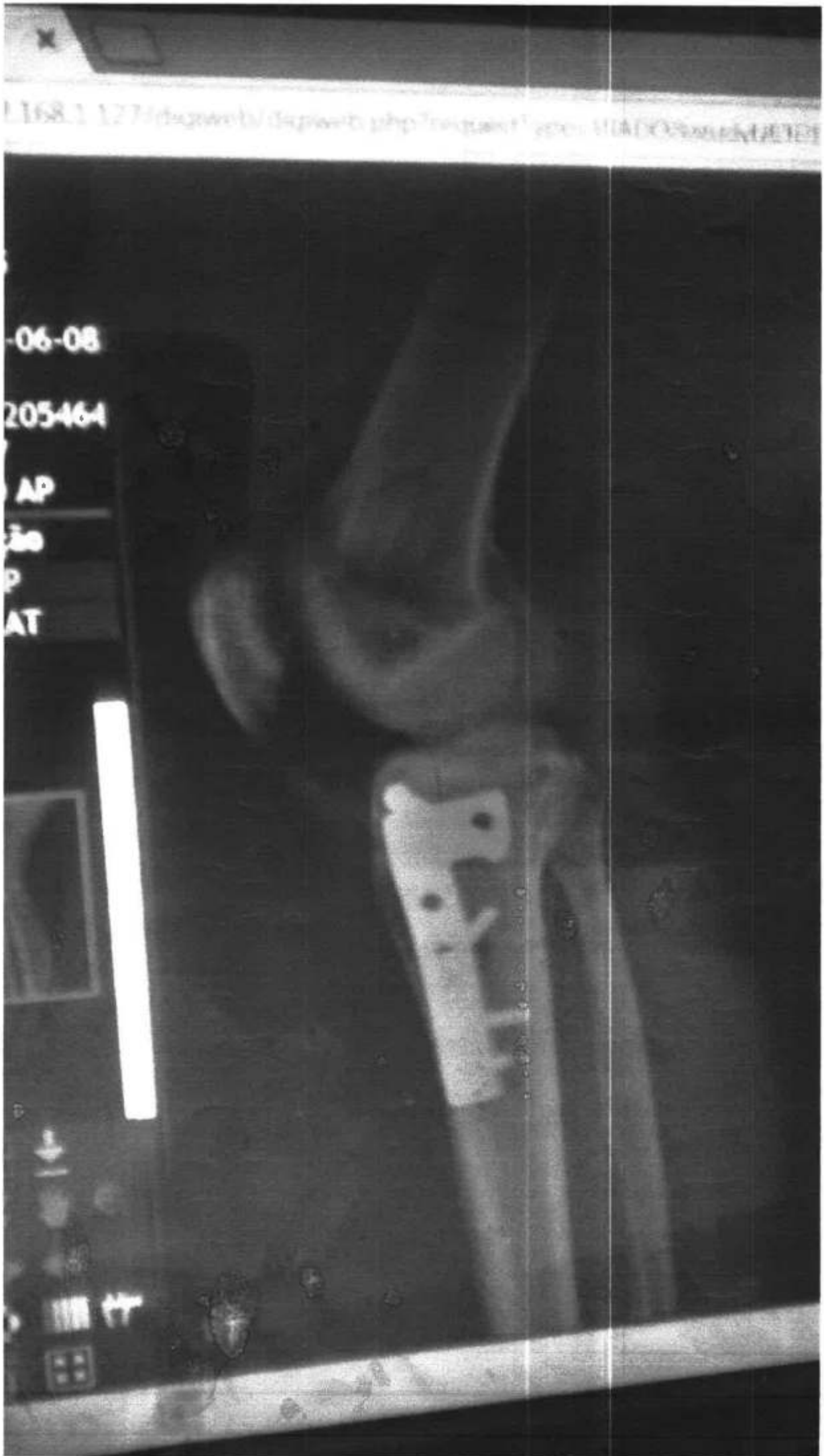
NOME DO PACIENTE: Wanderson Santos Moura

ALA: PS. ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 25/12/17

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	Realizada Tala inguino Pedálica sendo utilizada atadura crepom gessada, algodão ortopédico.		Francisca M. Técnica Enfermagem COREN - PI: 703457
MANHÃ	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
			PJ CORRETORA DE SEGUROS 07 NOV 2018 DPVAT
TARDE	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
NOITE	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	


-06-08
205464
AP
ão
P
AT

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HRDC — UPA 24h — UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: Ver A Wanderson Santos Moura
DATA DE NASCIMENTO: 03 / 10 / 2000
ENFERMARIA: 04 | LEITO: 12 | Nº PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – OBSERVAÇÕES
	* Fratura bilateral 1)		
04	1) Dieta via livre		
	2) Soro adicionado		
04	3) Dipirona 1 amp + AD EV 6/6h SIN	→	
	4) Bromoprida 1 amp + AD EV 8/8h SIN	→	
	5) Ranitidina 1 amp + AD EV 12/12h	10 / 18	
	6) Cefalotina 1g + AD EV 6/6h	12 / 24	
	7) Hidroxicina 200 VO 10,25 mg 12/12h		
	8) Tramal 100 mg + 100 ml SF 0,9% EV 12/12h SOS	10 / 22	
	9) SSVV + CCG		

Eva Marly de Abreu Sousa
ENFERMEIRA
COREN-PI 485.537

Às 08:40h Segue consciente orientado Restrito ao leito Aceita dieta oferecida demonstrando boa aceitação + (SIC) Acompanhado MED Imobilizado.
08:40 h SSVV: PA - 90 x 60 mmHg
T - 60 bpm FR - 20 rpm T - 36,6°C
Cat: Naiani Silvino

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ

HRDC

UPA 24h

NOME DO PACIENTE: [illegible]	ENFERMARIA: 04	LEITO: 19	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1[illegible]			

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
			SSVV PA = 12[illegible]
			T = 37,4°C
			Reinaldo Ferreira da Silva ENFERMEIRO COREN-[illegible]
			20: Sono [illegible]
			C. Oliveira [illegible]

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ GOVERNO DO ESTADO

HRDC HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ALA A

NOME DO PACIENTE: [illegible]	ENFERMARIA: 04	LEITO: 12	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 22/07/2006			

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
03/07/18	# PRIMEIRA TERÇA DIRETA #		[illegible]
	(1) Dieta oral livre		[illegible]
	(2) Soro Solução		10:00 PA: 190x60 mmHg [illegible]
	(3) Dipirona – 01 fa + AD 5% 6/6hs SIV	D	[illegible]
	(4) Ranitidina – 01 fa + AD 5% 12/12hs	12	17:40 → Pcte segue: consciente orientado, postura geral normotônico, aceita dieta oral, [illegible]
	(5) Bromoprida – 01 fa + AD 5% 8/8hs SIV	24	[illegible]
	(6) Cefalotina 1g + AD 5% 6/6hs		[illegible]
	(7) Lidocaína s/ vasc. S.C. 12/12hs		[illegible]
	(8) Hemal 100mg – 01 fa + 100 mL SF 0,9% 12/12hs ACV	D	[illegible]
	(9) SVV + CCGG.		[illegible]
	Emmanuel Fragoso Braga MÉDICO CRM-PI 6326		Mardilo Deciann Fontes e Carvalho ENFERMEIRA COREN-PI: 284.034
			17:40 hs PA: 120 x 80 mmHg Tax: 36,7°C
			20:45 hs PA: 120x90 mmHg Tax: 36,9°C Gc - Gemcitabina [illegible]
			23:00 Cliente consciente [illegible] Eva Manly de Almeu Sousa ENFERMEIRA COREN-PI 485.137

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ

HRDC

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: Wendenson Santos Moura	ENFERMARIA: CH	LEITO: 12	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 19 / 10 / 2000			

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – OBSERVAÇÕES
	# Evolução de Plantão #		
19/10			17:00h PA: 120x80 mmHg Tax: 36,4°C
	① Dipirona lisa		100ml/h
	② Tramadol 50mg		Paciente consciente, orientado, deambulando sem auxílio, acompanhado pela mãe, queixa de dor lombar, alimentando-se, urina e evacuando normal, sem queixas
	③ Ranitidina - 1amp + 4ml		
	④ 12/12h		
	⑤ Cefalexina 1g IM (D)		
	⑥ Dipirona - 1amp + 4ml (D)		
	4/4h se dor ou		
	TAX ≥ 37,8°C		
	⑦ Ligninha 500 UI, SC,		
	12/12h		
	⑧ Ranitidina - 1amp		
	4ml (D) 8/8h se vômito		
	e náuseas		
	⑨ SSV + CCCS		
	⑩ Tramadol 100mg + SF 0,9%		
	100ml (D) 12/12h ACM		

Iuri de Reis Faloso
COREN-PI: 153.362 - ENF
CPF: 021.976.713-31

10h: PA=120X80 mmHg
Temp=36,3°C

Maria da Conceição Santos
Aux de Enfermagem
COREN-PI: 457228

19:30hs Evolui com quadro de vômitos, início de sintoma contínuo. Avaliado pela clínica médica, sendo solicitado transferência para UPA (D). Sendo acompanhado pela mãe. Aguardando vaga para REGULAÇÃO.

COREN-PI: 457228

16:45 PA = 120 X 80 mmHg
Tax = 37,3°C - Reclama de dor
Tax = 36,6°C

LABORATÓRIO - HOSPITALAR REGIONAL DEOLINDO COUTO

P3 17

Av. Rui Barbosa, 586, Centro - Oeiras-PI
Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000

NOME: Wanderson Santos Moura DATA: 02-01-18
IDADE: 19-01-2000
Dr.(a): Pualtane Rego

HEMOGRAMA

Hemácias 3,84 mm³
Hemoglobina 12,1 g%
Hematócrito 36,2 %
Leucócitos 8400 por / mm³

BASO %	EOS %	MIEL %	META %	BAST %	SEG %	LINTO %	MONO %
—	02	—	—	—	64	29	05

OBS

T. Coagulação
T. Sangramento
Plaquetas 333.000/mm3
G. Sanguíneo
Fator Rh
F. Du.

SUMÁRIO DE URINA

Volume 40,0 ml
Densidade 1.020
Reação
PH 6.0
Cor Amarelo
Aspecto

ANÁLISE QUALITATIVA

Albumina +
Glicose —
Corpos cetônicos —
Bilirrubina —
Hemoglobina —
Urobilinogênio —
Sais Biliares —
Nitritos —

SEDIMENTOSCOPIA

Cel. Epiteliais Raros
Piócitos Raros
Hemácias 1-2 p/ campo
Muco Presente
Bactérias Móveis
Cristais Oxalato de Cálcio (+)

OBS: Urates amorfos (+)

BIOQUÍMICA DO SANGUE

Glicemia de Jejum ____ mg/dl
Uréia ____ mg/dl
Creatinina ____ mg/dl
Ácido Úrico ____ mg/dl
Colesterol Total ____ mg/dl
T.G.O. ____ u/ml
T.G.P. ____ u/ml
Bilirrubina - Total ____ mg/dl
Bilirrubina - Direta ____ mg/dl
Bilirrubina - Indireta ____ mg/dl
Triglicerídeos ____ mg/dl

OUTROS

Anti-HIV
V.D.R.L.
Proteína C Reativa
Fator Reumatóide
Planotest
Aslo
Beta HCG

EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES METAZOÁRIOS

- [ ] Ancilostomídeos
- [ ] Ascaris Lumbricoides
- [ ] Enterobius Vermiculares
- [ ] Himenolepis Diminuta
- [ ] Himenolepis Nana
- [ ] Schistoma Mansoni
- [ ] Strongiloides Stercolares
- [ ] Taenia s.p.
- [ ] Trichuris Trichiura

PROTOZOÁRIOS

- [ ] Entamoeba Coli
- [ ] Entamoeba Histolytica
- [ ] Giardia Lamblia
- [ ] AMOSTRA NEGATIVA

BIOQUÍMICO (A) RESPONSÁVEL

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ

HRDC

UPA 24h

NOME DO PACIENTE: Vanderson Santos Oliveira	ENFERMARIA: PA	LEITO: 12	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 19/06/1990			

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	# FRATURA DE TÍBIA (D)		
01/01/2018	Paciente refere dor no membro acometido		
	Relata ainda lombalgia ++ + deambula		
	(1) Dieta oral livre		09:00 PA: 120+80 mmHg
	(2) Soro salinizado		T: 36,2°C
	(2) Ranitidina - 1amp + AD EV 12/12h		13:30 Paciente [illegible]
	(4) Dipirona - 1amp + AD EV 6/6h		[illegible]
	(5) Bromoprida - 1amp + AD EV 8/8h, se náuseas/vômitos		[illegible]
	(6) Tenoxicam - 1amp + AD EV 12/12h		[illegible]
	(7) HNF 5000 UI SC 12/12h		[illegible]
	(8) Cabeceira elevada 30°		
	(9) CCG + JSW		
	(10) Solicito RNG, EAS		
	Puallane Rego MÉDICO CRM-PI [illegible]		20:30 PA 110+80 mmHg
			30/3°

PIAUÍ
Governo do Estado

Ala A

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HRDC
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: [illegible] Santos Moura
DATA DE NASCIMENTO: 19 / 07 / 00
ENFERMARIA: 04
LEITO: 12
Nº PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
31/12/14	Dieta livre		16:00 [illegible] 36 [illegible]
	Jelco salinizado		PA [illegible] mmHg [illegible]
	Liquemine 5000 SC (12/12)		Às 06:12 paciente evolui bem, [illegible] deambulando, aceita dieta oferecida, eliminações fisiológicas [illegible] em [illegible]
	Tilatil 40 + AD EV (12/12)		Marlene de [illegible] Enfermeira COREN-PI: 272457
	Dipirona + AD EV SOS	15:00	10:20 PA: 110x80 mmHg [illegible] Tax: 37°C [illegible]
	Tramal 100 + 100 SF EV SOS		15:00 queixa-se de dor no local da fratura [illegible] Administrado dipirona conforme prescrição médica. [illegible]
			15:00 hs Paciente [illegible] orientado, [illegible] Deambula [illegible]. Aceita dieta [illegible] eliminações fisiológicas presentes (SVD). Segue [illegible] aos cuidados da enfermagem. [illegible] COREN-PI: 464.506
			16hs = PA = 120X80 mmHg Temp = 37.6°C Maria [illegible] Aux. de Enfermagem COREN-PI: 457223
			20:25hs PA: 110x60 mmHg Tax: 36°C [illegible]

PIAUÍ
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HRDC
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: Wanderson Santos Moura
ENFERMARIA: 04
LEITO: 02
Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 19 / 07 / 2000

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
			[illegible]
30/12/17	DIETA LIVRE		[illegible]
	[illegible]		[illegible]
	[illegible]		Temp: 36,5°C
			13:45 - Evolui consciente,
			orientado, passivo, em
			repouso no leito. Aceita
			a dieta. Conciliou o sono. Eliminações (+) (SIC). Ag.
	[illegible] SC 12/12	10 22	da vaga pela regulação (ortopedia)
			Danielle da Silva Nascimento ENFERMEIRA COREN [illegible] 287 339
	TILATIL 40 + AD - EV		16:30 PA: 120x80 mmHg
	12/12	10 22	Temp: 37,2°C
			20:30 h Tax 37,8°
	DIPIRONA + AD - EV SOS	03 20:30	21h PA = 130x80 mmHg
			Temp = 37,5°C
	TRAMAL 100 + 100 SF		Maria da Solidade [illegible] Aux. de Enfermagem COREN-PI 457 [illegible]
	EV 12/12	10 22	

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ GOVERNO DO ESTADO

HRDC HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Alta 1

NOME DO PACIENTE: [illegible] Santos Araújo | ENFERMARIA: 04 | LEITO: 12 | Nº PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO: [illegible] / 02 / 00

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – OBSERVAÇÕES
29/12/19	# 6º dia de I.H por fratura de tíbia D.		[illegible] 3º dia
			Laysa Rafaella Alves Torres Araújo Téc. Enfermagem COREN: 1225220
	1. Dieta oral livre		
	2. Soro administrado		
	3. Dipirona - 01 amp + AD, EV, 6/6h		09:10 hs PA = 100 x 60 mmHg
	4. Tramal 100mg - 01 amp + 100ml de SF 0,9% EV 12/12h ACM	(10) (21) DEL	Tax = 36,5 °C - Fr - Gran [illegible]
	5. Benzetacil 5.000.000 UI - 01 amp SC D2/12h.		12:58 - Evoluiu no 6º DIH, consciente, orientado, gasio, em regular estado geral, deambulando com imobilização em MID. Aceita a dieta. Eliminações (+) (SIC). Aguarda vaga pela regulação (ortopedia)
	6. SSVV + Ecg		Daniela [illegible] Nascimento COREN-PI 267 030
	7. Aguardo Parecer da Ortopedia.		P6: 50 Pt = Hotbo [illegible]
			Tax = 37,2 °C
			21:04h. P.A = 100 x 70 mmHg
			Tax = 36,2°C
			Jaiane Barbosa S. Santana Téc. Enfermagem COREN-PI 834.351

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ GOVERNO DO ESTADO

HRDC HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: Windson Santos Moura	ENFERMARIA: 04	LEITO: 12	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 04/07/2000			

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	Fratura Fibula D		Cuyo - PA 12x8 [illegible]
			Cur. 36,3 [illegible]
28	1) Dipirona ml livre		
	2) Joelho imobilizado	08	11:20 Sugo consciente, orientado, lúcido, deambula com auxílio, com dificuldade em conciliar o sono, queixa de dor - com imobilização em MID. Ação [illegible]
12	3) Dipirona 1amp + AD EV 6/6h		
	4) Tramal 100 mg + 100 ml SF0,9%		
17	ACM		
	5) Bisgumine 5000UI 125 ml SC 12/12h		
	6) Dexametasona 10 ml + AD EV, 01 ampola 10 ml 10 8/8h		
	7) Segundo parecer da ortopedia		
	8) SSVV HGT 66		

Juscileide Cardoso da Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-PI 480.734

Laysa Rafaella Alves Torres Araújo
Téc. Enfermagem
COREN. 1225220

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ

HRDC

UPA 24h

NOME DO PACIENTE: Wanderson Santos Moura	ENFERMARIA: 04	LEITO: 12	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 18/07/2000			

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – OBSERVAÇÕES
	# Fratura de tíbia D #		00:00h [illegible]
	CD		Tax: 36,7°C
	1. Dieta oral livre		[illegible]
11/12/11	2. Soro fisiológico		SVC(2) PA 120x80 mmHg
	3. Dipirona - 01 amp + AM. 60.6/6C	8 Rl. 18. 24 06	Tax: 36,1°C
	4. Tramadol 100mg + 100 ml SF0,9% 6c		Priscila Deijane B. do Espírito Santo Técnico de Enfermagem COREN - PI 001
	12/12h ACM		
	5. Ciprofloxacino 500/10, 3ml. SC. 12/12h	12:00 16. 12	16:30 Cliente consciente, orientado, responsivo, deambulando normal e com auxílio de muletas e [illegible]. Aceita parcialmente a dieta oferecida, sono e repouso insatisfatório, [illegible] eliminações, único medicamento (SIC) [illegible] + [illegible]
	6. CCG + SSVV		
	7. Aguardo parecer ortopedia	Sexta	
			Evelyn de Abreu Sousa ENFERMEIRA COREN-PI 485537
	23:50h - Dexametasona - 10mg IV. de 8/8h -		
			17:00h PA = 130x80 mmHg
			Tax = 36,2°C Priscila Deijane B. do Espírito Santo Técnico de Enfermagem COREN-PI 001214338
			22:00 PA = 120x80 mmHg
			Tax = 36,7°
			23:40 Paciente referindo dores [illegible]
			Eliane Celestino de Sousa ENFERMEIRA COREN - PI 111487

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ GOVERNO DO ESTADO

ala "A"

HRDC HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

12

NOME DO PACIENTE: Wanderson Santos Moura | ENFERMARIA: 04 | LEITO: 12 | Nº PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO: 19/01/2000

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – OBSERVAÇÕES
	* Fratura de tíbia e ulna *		
	① Dipirona 1ml	HVD: 25/12/17	Laysa Rafaella Alves Torres Araújo – Téc. Enfermagem – COREN: 1225220
	② SF 0,9% 1000ml (EV) 20 ml/h	500 500	
	③ Dipirona + Ranitidina (EV)		10:00 Hemodinamicamente estável – 36,6
26/	④ CCG	12 18 24 06	PA: 110x70 mmHg, Pulso: 82 bpm
12/	⑤ Ciprofloxacino 200mg/100ml	20 22	15:38 Cliente orientado, deambulando com auxílio, mantendo boa higiene e espaço, não negligencia
17	SC – 12/17		cuidado clínico/cirúrgico. Evolui com auxílio medicamentos
	⑥ SSVV + CCG		analgésicos fornecidos, como
	⑦ Avaliação parecer ortopedia		dipirona, ratifica hipótese
			pelo exame físico, mantendo
			dor crônica MID, apresentando
			regulação T: 37,4°C, PA: 110x70 mmHg,
			FC: 82 bpm. Enfermeira Laysa Rafaella
			22:15 hrs Hemodinamicamente estável, 36,5°
			Emilia Oliveira

Dr. Alexandre Alves de Moura Rodrigues
MÉDICO
CRM-PI 3791

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ

HRDC

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: Wanderson Santos Moura | ENFERMARIA: | LEITO: | Nº PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO: 19/01/2000

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – OBSERVAÇÕES
25/12/19	Fratura de tíbia direita		21:00h PA: 120x80 mmHg
			TAX=36,2°C, HGT: 109 mg/dL
	(1) Dieta oral livre	Medica 21:24h	A: 06:10h Paciente segue em
	(2) SF 0,9% 1000ml, 11, 40 gtt/min		repouso no leito, consciente,
	(3) Plasdon 500ml - 04 amp em cada uma	(SUSPENSO)	orientado, lúcido, mantido ao
	(4) Bupivaca 02 amp + 9,1% 6/6h		leito com histórico de fratura
	(5) CCGG + SSVV		de tíbia direita (7) por acidente
			com moto (NC). Aguardando avaliação
			com ortopedista. Queixa-se
			de dor em membro de fratura.
	(6) Cromol 100 mg + 400 ml SF 0,9%		PA=120x80 mmHg, tax=36°C.
	EV 12/12h, agora!		HGT=109 mg/dL
	Dr. Danilo G. Dantas, Medico, CRM-PI 6829		
			A: 10:00h PA: 140x80 mmHg
			TAX: 37,1°C, HGT: 128 mg/dL
	(7) Hidrocor 5000 12/12h SC		Cristiane de S. Carvalho, Téc. Enfermagem, COREN-PI
			12:40h Paciente admitido
			em enfermaria, consciente
			orientado, eupnéico, lúcido
			em repouso no leito. Com
	Km limpo.		fratura de tíbia direita.
	Manter indwet com SF 0,9% 21:24h		Em dieta oral zero. Sem
	Suspendo Glicon 1mg pois (item 3)		queixas clínicas no momento.
	Libero dieta: Dieta oral livre		Dayse Danielle Lopes Silva, Enfermeira, COREN-PI 492-419
	Ruailane Rego, MÉDICA, CRM-PI 6917		16:30 TAX: 36,9°C, HGT: 131
			Dayse Rafaella Alves Torres Araújo, Téc. Enfermagem, COREN: 1225220

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ

HRDC

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: Wanderson Sousa Moura
DATA DE NASCIMENTO: 19/01/2000

ENFERMARIA: | LEITO: | Nº PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – OBSERVAÇÕES
	Fratura de Tíbia direita		16:58h: PA 130 x 70 mmHg
			Murilo Lessa COREN 1099812
24/12/17	(1) Dipirona sódica, Lenoxicilina		18:10h PA 120 x 80 mmHg
	cada 8 horas		TAX 37°C
	(2) SF 0,9% 1500ml IV 40 gotas/min	500 500 500	21:36 PA 120 x 80 mmHg
	(3) Dipirona 2ml IM SOS 6/6h	15:40h 21h 03	36,0°C
	(4) SC 0,6 x SSVV		
	(5) Pomada de Nagoela		
			03:00 58 bpm 120 x 70 mmHg
			TAX: 36,2°C
			Jodhia Paulo Camilo E Silva Tec. em Enfermagem COREN-PI 001151029
			03:24 h PA 110 x 80 mmHg
			TAX - 36,5°C
			Ana Fernanda Queiroz de Carvalho Técnica em Enfermagem COREN-PI 108 517
	(6)		

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PIAUÍ

HRDC

UPA 24h

NOME DO PACIENTE: Wanderson Santos Moura

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

ENFERMARIA: | LEITO: | Nº PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA
	Fratura de Lábio [illegible]
24/10/12	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]
	Avaliação de [illegible]
	Helzer B. Dantas Moura CRM-PI 5537 CPF: 091.007.793-12

REQUISIÇÃO

MEDICAMENTO		CORRELATOS		
REQUISITADO	FORNECIDO	ESPECIFICAÇÃO	REQ.	FORN.
		SERINGA DE 3ML		
		SERINGA DE 5ML		
		SERINGA DE 10ML		
		SERINGA DE 20ML		
		SCALP Nº		
		SONDA DE FOLEY Nº		
		SONDA GÁSTRICA		
		SONDA NASOGÁSTRICA		

HRDC

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Oeiras-PI - Fone: (89) 3462-1213
CEP 64.500-000
CNPJ 06.553.564/0013-71

FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do(a) Paciente: Wanderson Santos Moura 89988084389
Endereço: Rua Geroma. Nº 267 Cidade Santa Rosa Estado PI
Registro do HRDC: Enfermaria: Leito:
Nome do Pai: Valdeci Moura Borges
Nome do Mãe: Maria Francinete de Sousa Santos
Nº Documento do Paciente: R.G. 4.194.960
Responsável: A mãe
Data do Nascimento: 19/07/2000
CNS 209 3162 0007

SEXO: Masculino [X] Feminino [ ]

CLÍNICAS: Médica: [ ] Cirúrgica: [ ] Obstétrica: [ ]
Psiquiátrica: [ ] Pediátrica: [ ] Outras: [ ]

Data da Internação: 25/12/2017 Às 13:06 hs

Data da Alta: ___/___/___ Às ___ hs

ANAMNESE:

RESUMO DA ALTA

Condições de Alta: Curado: [ ] Melhorado: [ ] Transferido: [ ]
Óbito: [ ] Por evasão: [ ] A pedido: [ ]

Data ___/___/___

Médico Responsável
CRM e CPF

SUS

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

UNIDADE

Nome: HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Código / CNPJ: 06.553.564/0013-71

Endereço: Av. Rui Barbosa, 586

Município: OEIRAS

UF: PI

CEP: 64.500-000

FONE: (89) 3462-1213

ÓRGÃO EMISSOR

PACIENTE

Nome do Paciente

Endereço-Rua-Número-Bairro

Município

UF

CEP

Data do Nascimento

SEXO: Masculino [1] Feminino [3]

CONDIÇÃO: Segurado [2] Cônjuge [4] Filho [6] Outro Dep [8]

SEGURADO

Nome do Segurado

PIS/PASEP Nº Individual

Vínculo com a Previdência: Empregado [1] Empregador [2] Autônomo [3] Desempregado [5] Aposentado [7] Não Segurado [9]

CNPJ da Empresa

CPF do Médico Solicitante

Proced. Solicitado

Cart. Int.

Data Emissão

CPF Médico Responsável

Ass. Médico Responsável

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO →

Causa Externa

CNPJ da Seguradora

Nº do Bilhete

Série

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Condições que Justificam a Internação

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

Diagnóstico Inicial

Procedimento Solicitado

Clínica: Cirúrgica [1] Obstétrica [2] Cli. Médica [3] Fisioterapeutica [4] Psiquiátrica [5] Pediátrica [7] Outros [9]

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador)

C R M

Data

ATUAL GRÁFICA E PAPELARIA - FONE: (89) 3462-1762

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO

POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL

Confere com o(a) original qu
foi apresentado(a) e dou fé.
Em, 05/04/18.

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI
Luís Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Wanderson Santos Moura

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 326213/18.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

AJ CORRETOR DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE – HPMPI
Av. Higino Cunha, Nº 1642 – Bairro Ilhotas – Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Piauí GOVERNO DO DESENVOLVIMENTO
Saúde Secretaria de Estado

Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE

Número do Laudo: **42092** **Orgão Emissor:** M221100001
Paciente: WANDERSON SANTOS MOURA
Nascimento: 19/07/2000

Procedimento:
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
CID:
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Data da Solicitação: 05/01/2018 **Data da Autorização:** 05/01/2018 17:35:54

AIH.: 2218100016077
Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:
Atendimento (Data, Hora): 12/01/2018 09:12:10

COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO

LAUDO: **42092** **Orgão Emissor:** M221100001
AIH: **2218100016077**
Usuário: WANDERSON SANTOS MOURA
Nascimento: 19/07/2000 **Cartão SUS:** 700600957205464

Estabelecimento: 2323451 - POLICIA MILITAR DO PIAUI
Procedimento: 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
CID: S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Solicitação: 05/01/2018 **Análise:** 05/01/2018 17:35:54

PJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA
079.394.003-63
AUTORIZADOR

Operador: MARIA DAS DORES BORGES DOS S LIMA
Emissão: 05/01/2018 17:14:28

Chefe do Núcleo Técnico do HPM PI
RG: 105103139-2 Mat. 14495-9

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 42092
	AIH: 2218100016077

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM
CNES 2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM
CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS
NOME DO PACIENTE WANDERSON SANTOS MOURA
NASCIMENTO 19/07/2000 **SEXO** M **PRONTUÁRIO** 326213
DOCUMENTO 4194960 **CPF** **TELEFONE**
NOME DA MÃE MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS
RESPONSÁVEL MARIA FRANCINETE DE MOURA SANTOS BORGES
CEP 64500000
ENDERECO - LOGRADOURO
NUMERO / LOTE 0
BAIRRO RODAGEM DE PICOS
COMPLEMENTO
MUNICÍPIO OEIRAS
UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE APRESENTA FRATURA NO PLATO TIBIAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA + TRANFERENCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
CID 10 SECUNDÁRIO
CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
LUDNILANNE MOURA SANTOS
CPF: 01817661329 CRM:

CARÁTER
URGENCIA
DATA SOLICITAÇÃO
05/01/2018

DATA ADMISSÃO
05/01/2018 16:15
DATA ALTA
12/01/2018 08:00
MOTIVO ALTA
ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AJ CORRETOR DE SEGUROS

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA
CPF: 029981165 CRM: DATA ANALISE: 05/01/2018 17:35:54

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA
CPF CRM DATA ANALISE

NOV 2018
DPVAT

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Chefe de Serviço Técnico do HPM PI
RG: 1001583933-2 Mat. 14495-9

12092

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE — 2 - CNES: 2323451

3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE — 4 - CNES: 2323451

Atendimento: 541225

Identificação do Paciente

5 - Nome: WANDERSON SANTOS MOURA — 6 - Prontuário: 326213

7 - CNS: 700600957205464 — 8 - Nascimento: 19/07/2000 — 9 - Sexo: M — CPF: 084.101.723-64

11 - Mãe: MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS — 12 - Fone: 89-9.88084389

13 - Resp: MARIA FRANCINETE DE MOURA SANTOS BORGES — 14 - Cor: PARDA

15 - Ender.: AVENIDA DUQUE DE CAXIAS S/N 0 RODAGEM DE I 19 - CEP: 64600-000

16 - Munic: OEIRAS — 17 - Cod. IBGE: 220700 — 18 - UF: PI — RG: 41949-60

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Queda
Usuário de psicotrópicos

CNJ CORRETORA DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

21 - Condições que justificam a internação:

Et

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx

23 - Diagnóstico Inicial: Fr Pélvica

24 - Cid Princ.: S871 — 25 - Cid Sec.: _____ — 26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 0408050551 — 27 - Procedimento Solicitado: Cirurgia Fr Pélvica

Tempo SUS

29 - Clínica: POSTO II — 30 - Caráter: 02 — Ident.: 1 — 31 - Documento: CPF — 32 Doc. Med. Solic.: 65265386491

33 - Nome Profissional / Assistente: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR — 34 - Data de Solicitação: 05/01/2018

DR. EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM 2313 TEOT - 5054

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.
38 - ( ) Acidente de Tabalho Trajeto.

39 - CNPJ Seguradora: — 42 - Nº. Bilhete. — 41 - Série

42 - CNPJ Empresa: — 43 - CNAE. Empresa — 44 - CBOR.

45 - Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador — 47 - Data Autorização: 05/01/2018

48 - Documento — 49 - Num. Documento

MARCOS GONÇALVES NUNES DE MORAES
Assessor de auditoria - DRCA/SMS
CRM - PI: 974 - CPF: 220.030.106 - 53
CNS: 203833971240003

Chefe de Divisão Técnica do HPM/PI
RG: 1051903133-2 SSP/PI

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Maria Francinete de Moura Santos Borges

Usuário: MARIA.DORES
Consulta Local:
Consulta SUS: 2017122843080
Impressão: 17:01:40

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE — 2 - CNES: 2323451

3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE — 4 - CNES: 2323451

Atendimento: 541225

Identificação do Paciente

5 - Nome: WANDERSON SANTOS MOURA — 6 - Prontuário: 326213

7 - CNS: 700600957205464 — 8 - Nascimento: 19/07/2000 — 9 - Sexo: M — CPF: 084.101.723-54

11 - Mãe: MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS — 12 - Fone: 89-9.88084389

13 - Resp: MARIA FRANCINETE DE MOURA SANTOS BORGES — 14 - Cor: PARDA

15 - Endor.: AVENIDA DUQUE DE CAXIAS S/N 0 RODAGEM DE I — 19 - CEP: 64500-000

16 - Munic: OEIRAS — 17 - Cod. IBGE: 220700 — 18 - UF: PI — RG: 41949-66

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Bacia
[illegible] joelho.

21 - Condições que justificam a internação:

E.V

CORRETORA DE SEGUROS

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

N/

07 NOV 2018

DPVAT

23 - Diagnostico Inicial: [illegible] — 24 - Cid Princ.: S871 — 25 - Cid Sec.: _____ — 26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. — 27 - Procedimento Solicitado: [illegible]

Tempo SUS

29 - Clinica: POSTO II — 30 - Carater.: 02 — Ident.: 1 — 31 - Documento: CPF — 32 Doc. Med. Solic.: 65265386491

33 - Nome Profissional / Assistente: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR — 34 - Data da Solicitação: 05/01/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.
38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajeto.

39 - CNPJ Seguradora: — 40 - Nº. Bilhete. — 41 - Serie

42 - CNPJ Empresa: — 43 - CNAE. Empresa — 44 - CBOR.

45 - Vinculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador — 47 - Data Autorização.

48 - Documento — 49 - Num. Documento

Chefe do Núcleo Técnico do HPM PI
RG: 1631321133-2 MAT. 14495-9

50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

X Maria Francinete de Moura Santos Borges

Usuario: MARIA.DORES
Consulta Local:
Consulta SUS: 2017122843080
Impresso: 17:01:40

Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

42092

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO			05/01/2018
SIM ☐ NÃO ☐	Nome: WANDERSON SANTOS MOURA			Pront.: 326213
IDEM OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 19/07/2000 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO		
SIM ☐ NÃO ☐	Atendimento: 541225	Enfermaria: POSTO II	ENF 204 LEITO	Leito: 204
CLÍNICA	Pai: VALDECI MOURA BORGES			
	Mãe: MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS			
Médico Assistente	RG: 4194960			
	Residência:			
Permanência	AVENIDA DUQUE DE CAXIAS S/N Nr.: 0 Cep: 64500000	Bairro: RODAGEM DE PICOS Cidade: OEIRAS Telefone: 89 - 988084389		
CLÍNICA				

Histórido Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S821
Principal:	CID S821
Procedimento:	

Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapeutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☒ Médico Cirurgico			☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☒ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta:	Data de Hospitalização
05/01/2018 16:01:23	17/01/2018	/ /

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico ☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório	☐ Fisioterapia ☐ Psiquiatrio ☐ Outros	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE 16/1/18 Assinatura: _____

DR. [illegible]
(86) [illegible] / TRAUMATO [illegible]
CRM [illegible] - 8056

[illegible]
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 1051[illegible]-2 [illegible] 14495-9

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 16 / 03 / 2015
Nº DO PRONTUÁRIO 326213 SALA 2
CÓD DA CIRURGIA: 0406050551

Descrição da Cirurgia:

(1) [illegible]
(2) [illegible]
(3) [illegible]
(4) [illegible]
(5) [illegible]
(6) [illegible]
(7) [illegible]
(8) [illegible]
(9) [illegible]

DR. EDMAR DE SOUZA CARVALHO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2313 TEOT - 6054

Cirurgia:	[illegible]
Cirurgião:	Edmar
1º Auxiliar:	[illegible]
2º Auxiliar:	—
3º Auxiliar:	—
Instrumentador:	[illegible]
Circulante:	[illegible]

DR. EDMAR DE SOUZA CARVALHO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2313 TEOT - 6054

Chefe de Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 1103132133-2 Mat. 14405-9

GOVERNO DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

HRDC

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE , AVALIAÇÃO , REGULAÇÃO E AUDITORA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANFERENCIA

DATA 20/12/17 HORA: / / Nº DO TELEFONE:

HOSPITAL SOLICITANTE (HDC MUNICIPIO:

MÉDICO: MIGUEL NETO CRM: 4369

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia ( )Trauma ( )Clínico (X) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: WADSON SANTOS MOURA

Idade : 17 anos Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

HDA: FRATURA DESCUIDO PLATO

TIBIA DIREITO

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR	RESPÓSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4- Espontânea	5- Orientado	6- Obedece a comandos
3- Comandos	4- Confusa	5- Localiza dor
2- A dor	3- Palavras inapropriadas	4- Movimento de retirada
1- Nenhuma	2- Palavras incompreensíveis	3-Flexão anormal
	1- Nenhuma	2- Extensão anormal
		1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
Tax._____°C P:_____bpm R:_____mm PA:_____mmHg Sat O_2_____Glicemia:_____mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venenosa
( ) Aspiração ( ) Medicação
( )Curativo ( ) Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H.P.M. Ortopedia

Clínica / Posto: Senha: 20171226143080

Dr. Alayelton Lucas de Moura Rodrigues
Médico
CRM-PI 5791

Assinatura e carimbo do Médico

POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 833541
NOME.....: WANDERSON SANTOS MOURA
MÉDICO SOLIC: LUDNILANNE DE MOURA SANTOS
DATA LAUDO...: 09/01/2018
CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 06/01/2018
IDADE: 17 anos
CRM: 5173-PI
CÓDIGO: 28120

RX PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura cominutiva na extremidade proximal do platô tibial, comprometendo a superfície articular.

- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura na perna direita.

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas – Teresina/PI
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.159/0002-25
Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520

Chefe do Serviço Técnico do HPM/PI
RG: 1[illegible]33-2 TEL 14496-9

POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 83354
NOME.....: WANDERSON SANTOS MOURA
MÉDICO SOLIC: LUDNILANNE DE MOURA SANTOS
DATA LAUDO...: 09/01/2018
CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 06/01/2018
IDADE: 17 anos
CRM: 5173-PI
CÓDIGO: 28120

RX JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Presença de fratura cominutiva no platô tibial comprometendo a superfície articular.

- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura no joelho direito.

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Av. Higino Cunha, 1642 – Ininga – Teresina/PI
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.159/0002-25
Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520

PEDIDO: 84446
PACIENTE: WANDERSON SANTOS MOURA
NOME DA MÃE: MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS
DATA DO NASCIMENTO: 19/07/2000
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 16/01/2018
DATA DO LAUDO: 24/01/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fratura oblíqua, com extensão articular, localizada no platô tibial lateral, fixada por placa e parafusos metálicos, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura oblíqua, com extensão articular, localizada no platô tibial lateral, fixada por placa e parafusos metálicos, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PI: 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.194.960

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/03/15

NOME
WANDERSON SANTOS MOURA

FILIAÇÃO
MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS
VALDECI MOURA BORGES

NATURALIDADE
DIADEMA-SP

DATA DE NASCIMENTO
19/07/2000

DOC. ORIGEM
CERT.NASC. 180369 L 301A F 028
EXP DIADEMA SP 24/07/00

CPF
064.101.723-54

TERESINA - PI

MARCOS ANTONIO PINHEIRO DE VASCONCELOS
DIRETOR DO DIRETOR

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

PJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Wanderson Santos MOURA

0508170

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RANYERE MARTINS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
3164096 SSP PI

CPF
046.400.283-42

DATA NASCIMENTO
19/10/1990

FILIAÇÃO
JOSE DE RIBAMAR
SANTOS SILVA
EDILEUSA MARINHO
MARTINS SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05841045485

VALIDADE
02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
31/07/2013

OBSERVAÇÕES
A

Ranyere Martins Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OEIRAS, PI

DATA DE EMISSÃO
11/01/2018

14180954844
PI3201065 70

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUÍ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
15547339 50

PROIBIDO PLASTIFICAR
15547339 50

CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RANYERE MARTINS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
3164096 SSP PI

CPF
046.400.283-42

DATA NASCIMENTO
19/10/1990

FILIAÇÃO
JOSE DE RIBAMAR
SANTOS SILVA
EDILEUSA MARINHO
MARTINS SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05841045485

VALIDADE
02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
31/07/2013

OBSERVAÇÕES
A

Ranyere Martins Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OEIRAS, PI

DATA DE EMISSÃO
11/01/2018

14180954844
PI3201065 70

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUÍ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
15547339 50

PROIBIDO PLASTIFICAR
15547339 50

CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 902017016622 6 Nº 013030572446
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	317115510		2018

NOME: HELIO GOMES DE MELO
****
****

CPF / CNPJ	PLACA
47027193353	NIW-6062

PLACA ANT / UF	CHASSI
-	9C2KD0550BR552657

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES	2011	2011

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
002P/149CC	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
		1ª IPVA
FAIXA ANUAL	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
		3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO	PAGO		

OBSERVAÇÕES: SEM RESTRICOES

LOCAL	DATA
SANTA ROSA DO PIAUI	11/4/2018

ARÃO MARTINS DO RÊGO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

DENATRAN

CONTRAN

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

PI Nº 013030572446 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	11/4/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	47027193353	NIW-6062

RENAVAM	MARCA / MODELO
317115510	HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2011	09	9C2KD0550BR552657

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
81,28	9,03	90,31

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4,15	0,70	185,50

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO: 28/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

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

O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELES MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS E ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU FAMILIAR PARA A INDENIZAÇÃO, PRIMA A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS EM www.seguradoralider.com.br), SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R$ 13.500,00	até R$ 13.500,00	até R$ 2.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DOS BENEFICIÁRIOS E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(S) NO CASO DE FALECIDO.

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA PEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO LOCAL ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A INDICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS ESTIPULADO NA TABELA CONSTANTE DO ANEXO DA LEI 6.194/74 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA PEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, ATESTADO DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS PESSOAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM SOFRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS PESSOAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CONTA GERAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE ITENS AS DIÁRIAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, AÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS, INCLUSIVE OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS QUANDO ESTES FOREM COBRADOS ATRAVÉS PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS MÉDICOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS OFICIAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU APROVANTES DO PAGAMENTO À CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONSTANDO DATA, ASSINATURA, NOME DO PROFISSIONAL, NÚMERO DO CRM, NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF, ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS, NOS TERMOS DO ANEXO À RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

◆ IMPORTANTE:

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

◆ PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

◆ A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

◆ O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 8.441/74, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

◆ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

◆ O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COTA OU COM A COTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA. CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

◆ O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 664/1986).

◆ 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

- 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.21 3/91);

- 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 9.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

Seguradora Líder - DPVAT

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.seguradoralider.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PRAZOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCAIS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E DEMAIS DÚVIDAS.

SUSEP
DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

AJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018

MULTAS DE TRÂNSITO

IPVA - 1ª COTA

DPVAT

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

ENCARGOS DO DETRAN

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523324 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDERSON SANTOS MOURA **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523324 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDERSON SANTOS MOURA **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523324 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WANDERSON SANTOS MOURA **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: WANDERSON SANTOS MOURA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 4194460 - SSP-PI
CPF: 064.201.773-54
Profissão: LAVRADOR
Endereço: AV. RAIMUNDO CASTELO BRANCO - 268 - BAIRRO SANTO ANTONIO
CEP: 64500.000 - SANTA ROSA DO PIAUÍ - PIAUÍ
Telefone: 89 98808-4289

OUTORGADO:

Nome: RANYERE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade:
CPF: 016.400.283-42
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: AV. DOM EXPEDITO LOPES - 241 - JUREMINHA
CEP: 64500-000 - OEIRAS - PIAUÍ
Telefone: 89 99408-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: WANDERSON SANTOS MOURA

4º OFÍCIO

AJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

OEIRAS, 26 DE OUTUBRO DE 2018
Local e data

WANDERSON SANTOS MOURA
Assinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

COMARCA DE OEIRAS
REGISTRO CIVIL E NOTAS
Sé e Frelas
Sá Brusque
Fone: 2-1291
CEP 64.500-000 - Oeiras-PI

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (89) 3462 1251 / 9402-9315
e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: WANDERSON SANTOS MOURA.
DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE. OEIRAS-PI,26/10/2018.
Escol.:3,71 TJ:0,74 Selo:0,26 Total:4,71 Selo:ABJ.31250 (F4OP17)
GIRLANDIA OLIVEIRA DE SOUSA-ESCREVENTE COMPROMISSADA

ABJ 31250

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404398/18

Vítima: WANDERSON SANTOS MOURA

Data do acidente: 24/12/2017

CPF: 064.101.723-54

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WANDERSON SANTOS MOURA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

WANDERSON SANTOS MOURA : 064.101.723-54

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 07/11/2018	Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: RANYERE MARTINS SILVA	Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 046.400.283-42	CPF: 059.344.647-01
RANYERE MARTINS SILVA	PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **WANDERSON SANTOS MOURA**

Nº Sinistro: **3180523324**
Vítima: **WANDERSON SANTOS MOURA**
Data do Acidente: **24/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180523324.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 064.101.723-54

Nome completo da vítima: WANDERSON SANTOS MOURA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: WANDERSON SANTOS MOURA

CPF: 064.101.723-54

Profissão: LAVRADOR

Endereço: RUA JOAQUIM CASTELO BRANCO

Número: 268

Complemento: —

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: SANTA ROSA DO PIAUÍ

Estado: PIAUÍ

CEP: 64-518-000

E-mail: —

Tel.(DDD): 89-9808-4389

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

RENDA MENSAL:

- ☐ RECUSO INFORMAR
- ☒ SEM RENDA
- ☐ ATÉ R$1.000,00
- ☐ R$1.001,00 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
- ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1383 – **CONTA:** 62350 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

PJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

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

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.

ORIGINAL

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

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: Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina-PI 05.11.18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X WANDERSON SANTOS MOURA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

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: 112391.002438/2018-37

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Moura Satiro

Data/Hora: 25/10/2018 - 18:03

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE OEIRAS

Data/Hora
24/12/2017 - 11:36

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
OEIRAS

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
AV. TRANSAMAZÔNICA AO ANEL VIÁRIO, Nº:

Complemento
RODAGEM DE PICOS

Ponto de Referência

ORIGINAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WANDERSON SANTOS MOURA
Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 4194960 SSP PI
Mãe: MARIA FRANCINETE DE SOUSA SANTOS
Endereço: AV JOAQUIM CASTELO BRANCO, Nº 268
Complemento: SANTO ANTONIO
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: SANTA ROSA DO PIAUÍ - CEP: 64518-000
Telefone(s): 89-8808-4269

AJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
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.	NXR150 BROS ES	2011	NIW6062	9C2KD0550BR552657	317115510	Preta

Condutor: VALDECI MOURA BORGES
End: AV JOAQUIM CASTELO BRANCO Número: Complemento: SANTO ANTONIO
Cidade: SANTA ROSA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Proprietário: HELIO GOMES DE MELO
Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata o noticiante que no dia 24.12.2017, por volta das 11h36, trafegava na condição de passageiro, no veiculo acima já mencionado, conduzido pelo seu pai VALDECI MOURA BORGES, indo do centro da cidade de Oeiras-Pi ao bairro Rodagem de picos, quando no percurso precisamente na Av. Transamazônica ao Anel Viário, na cidade, foi colhido por um motoqueiro não identificado, ocasionando sua queda. Que o motociclista após o acidente evadiu-se do local; Que minutos depois o noticiante foi socorrido e conduzido pelo SAMU da cidade, ao Hospital Regional Deolindo Couto da cidade, no qual foi submetido à RX da perna direita, constatando Fratura Cominutiva na Extremidade do Platô Tibial. Que por conta da gravidade da lesão foi encaminhado para o Hospital Dirceu Arcoverde (Policia Militar do Piauí), em Teresina, no qual realizou a cirurgia da perna.

Paulo Roberto Moura Satiro - Mat. 270148X
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

WANDERSON SANTO MOURA

WANDERSON SANTOS MOURA - Noticiante
Responsável pela Informação

Antônio Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 2[illegible]

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.002438/2018-37

Delegado de Polícia

Antonio Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271.223-7

AJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
OPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 064.101.723-54

Nome completo da vítima: WANDERSON SANTOS MOURA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: WANDERSON SANTOS MOURA

CPF: 064.101.723-54

Profissão: LAVRADOR

Endereço: RUA JOAQUIM CASTELO BRANCO

Número: 268

Complemento: —

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: SANTA ROSA DO PIAUÍ

Estado: PIAUÍ

CEP: 64-518-000

E-mail: —

Tel.(DDD): 89-9808-4389

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

RENDA MENSAL:

- ☐ RECUSO INFORMAR
- ☒ SEM RENDA
- ☐ ATÉ R$1.000,00
- ☐ R$1.001,00 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
- ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1383 – **CONTA:** 62350 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

PJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

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

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.

ORIGINAL

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

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: Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina-PI 05.11.18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X WANDERSON SANTOS MOURA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE OEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - OEIRAS

SAMU 192

DATA 24 / 12 /2017

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

HORÁRIO DA CHAMADA: 13:04 hs NÚMERO DO TELEFONE CHAMADO: ( ) 94064449

VIATURA ACIONADA: USB 02

NOME DO SOLITANTE: ROSEANE

NOME DO PACIENTE: WANDERSON SANTOS MOURA

SEXO: [X] M [ ] F IDADE: 17

LOCAL DA OCORRÊNCIA: AV: DUQUE DE CAXIAS R. DE PICOS

PONTO DE REFERÊNCIA: PROXIMO A ZÉ PICOENSE

SAÍDA DO P.A. 13:09 hs CHEGADA AO LOCAL: 13:11 hs

SAÍDA DO LOCAL: 13:22 hs CHEGADA AO HOSPITAL: 13:27 hs

SAÍDA HOSPITAL: 13:45 hs CHEGADA AO P.A.: 13:49 hs

PJ CORRETORA DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

MOTIVO DA OCORRÊNCIA:

01	X	ACIDENTE DE TRÂNSITO	06		QUEIMADURAS	11		TENTATIVA DE SUICÍDIO
02		AGRESSÃO FÍSICA	07		CHOQUE ELÉTRICO	12		OUTROS
03		URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	08		QUEDA	13		JÁ REMOVIDO
04		ENVENENAMENTO	09		MAL SÚBITO	14		FALSO CHAMADO
05		AFOGAMENTO	10		URG. OBSTÉTRICA	15		TRANSF. HOSPITALAR

	NÍVEL DA CONSCIÊNCIA INICIAL		PUPILAS		FALA
	RESPONDE A COMANDO	X	IGUAIS	X	NORMAL
X	RESPONDE A DOR		DESIGUAIS		CONFUSA
	SEM RESPOSTA				NENHUMA

	PULSO RADIAL		SANGRAMENTO		SINAIS VITAIS
X	FORTE	X	AUSENTE		PA 130 x 90 mmHg - SPO2 98 %
	FRACO		MINIMO		PULSO 91 bpm - TP. 36.2 °C
	AUSENTE		MODERADO		RESP. 15 rpm - GUC. CAP 125 mg/gl
			INTENSO		GLASGOW:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	ASPIRAÇÃO	X	PRANCHA LONGA		OUTROS:
	OXIGÊNIO		PRANCHA CURTA	X	SSVV
	RCP		KED		
	CURATIVOS	X	COLAR CERVICAL		
X	IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES		ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA		

OBSERVAÇÃO: Cliente orientado, vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e edema no joelho direito com suspeita de fratura.

	CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL		**ÓBITO**
x	MELHORANDO		ANTES DO SOCORRO
	PIORANDO		ANTES DO TRANSPORTE
	INALTERADO		NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO:

01. ( ) HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO (OEIRAS)
02. ( ) HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO BARBOSA NUNES (FLORIANO)
03. ( ) HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ (PICOS)
04. ( ) HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT (TERESINA)
05. ( ) HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGV (TERESINA)
06. ( ) MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA - ROSA - MDEA (TERESINA)
07. ( ) HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GOV. DIRCEU ARCOVERDE - MPM (TERESINA)
08. (x) UPA

Francisco Thyago Soares
Enfermeiro
COREN-PI 458.659

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL.

EQUIPE DE SOCORRISTAS: ( )USA (X) USB

MÉDICO: ____

ENFERMEIRO: ____

TÉC. EM ENFERMAGEM: Carlos Alves de Carvalho
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PI Nº [illegible]

CONDUTOR: ____

ESPAÇO PARA O REGISTRO DE SINAIS VITAIS DURANTE TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR

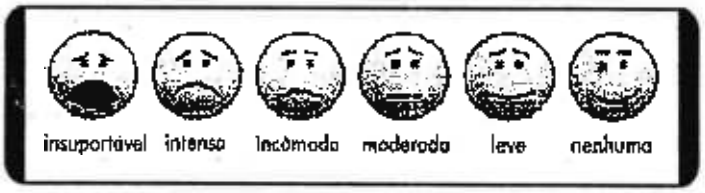
HORA:____ - ____ - PA:____ - ____ mmHg - SPO2:____% - PULSO:____ bpm - Respiração:____ rpm
Temperatura:____ºC - Glasgow:____

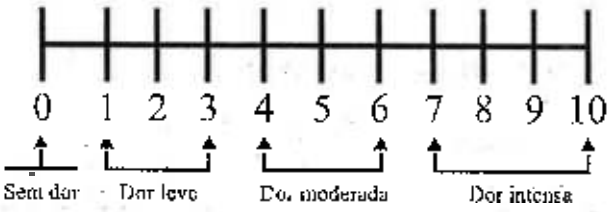
HORA:____ - ____ - PA:____ - ____ mmHg - SPO2:____% - PULSO:____ bpm - Respiração:____ rpm
Temperatura:____ºC - Glasgow:____

HORA:____ - ____ - PA:____ - ____ mmHg - SPO2:____% - PULSO:____ bpm - Respiração:____ rpm
Temperatura:____ºC - Glasgow:____

HORA:____ - ____ - PA:____ - ____ mmHg - SPO2:____% - PULSO:____ bpm - Respiração:____ rpm
Temperatura:____ºC - Glasgow:____

ESCALA DE DOR:





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: 19/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WANDERSON SANTOS MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 000000062350-2

Nr. da Autenticação 902FDAA07128532B