

Control: x Control: x Audiência: x Upload x Consult: x 080178: x Downlo: x whatsa: x Whats: x Tribuna: x Intranet: x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=323791&ica=fb45a2dd2f178b6aabfcc3b0e8837c7... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... - Questões de conc... »

Pje ProceComCiv 0801782-20.2019.8.18.0049
ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONS...

9706895 - CONTESTAÇÃO (2719314 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/05/2020 16:19:51

14 May 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 9706588 - CONTESTAÇÃO
 - 9706895 - CONTESTAÇÃO (2719314 CONTESTACAO 01)
 - 9706897 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719314 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9706898 - Procuração (procuracao atos subs 2016 (2))
 - 9706936 - Documentos (CARTA DE PREPOSTO)
 - 9706937 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBS)

16:19

2719314- CJ/ 2020-01836/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI

Processo: 08017822020198180049

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf protocolo.pdf

16:21 14/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI

Processo: 08017822020198180049

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 **ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA** representado por **ANTONIO VELDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **13/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/06/2019**.

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

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190427356	Cidade: Elesbão Veloso	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR	Data do acidente: 13/04/2019	Seguradora: Investprev Seguradora S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 16/07/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações: PÁG 8/10/11_CIRURGIA				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

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

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

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

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **13/04/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	19/07/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 00788-9
CONTA: 000010018182-1

Nr. da Autenticação 49D2516F89584892

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI Nº 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar.

Por se tratar de interesse de menor incapaz, requer a intimação do Ministério Público para se manifestar no processo conforme artigo 178 CPC;

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,

ELESBAO VELOSO, 14 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

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

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 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 nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ELESBAO VELOSO**, nos autos do Processo nº 08017822020198180049.

Rio de Janeiro, 14 de maio 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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010018182-1

Nr. da Autenticação 49D2516F89584892

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 752 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série A-1
Regime Especial de Impostos Autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
o seu NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0501797-1

Nº da Nota Fiscal: 019958036

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 70.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
ABRIL/2019

VENCIMENTO
12-04-2019

CONSUMO (kWh)
70

TOTAL A PAGAR (R\$)
41,18

MARIA APARECIDA FLOR
R. OLIVEIRA JOSE DE BRITO 0
CPF: 00093029039315
CEP: 64.325-000 - ELESBAO VELOSO

BAIRRO SANTA CLARA

ROT: 25.690.05.31.195000

TIPO DE LEITURA

Atual: 13456
Anterior: 13386

Constante de Multiplicação:

Consumo Medido: 70

Consumo Faturado: 70

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Atual: 05/04/2019

Anterior: 07-03-2019

Próxima Leitura: 06-05-2019

Emissão: 04-04-2019

Apresentação: 05-04-2019

Dia de Consumo: 20

Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fac.	Mês 12 meses
RESID. Bx. RENDA	MQNO	13456		1	86

Mês de consumo

MAR/19 72
FEV/19 88
JAN/19 88
DEZ/18 102
NOV/18 118
OUT/18 101
SET/18 109
AGO/18 86
JUL/18 83
JUN/18 66

CONSUMO 30 A R\$ 0,292008 = 8,76
40 A R\$ 0,500597 = 20,02
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,48
DIFERENCA DE TARIFA 31,84
SUBVENCAO BAIXA RENDA 22,88
MULTA POR ATRASO 03/19-00 0,78
JUROS POR ATRASO 03/19-00 0,18

TARIFA SET. TRIBUTOS:

Bx 12 - 0,200004

3 A 12 - 0,500000

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
REVISAO TARIFARIA EXTRAORDINARIA MEDIA DE -1,45% A PARTIR DE 01/04/2019 CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.523/2019.
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 04-04-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO B6D8.B348.D664.DAA7.36D1.589A.3D27.9F4C
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição:	Valor	Base de Cálculo:	Valor
Energia:	12,76	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	24,62	Valor do ICMS:	13,33
Energia:	4,16	Valor do PIS:	0,66
Energia:	2,03	Valor do COFINS:	3,06
Tributos:	17,05		

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DNC			PIC			DIOC	DICI
	Anual	Semestral	Anual	Semestral	Anual	Semestral	Anual	
Limite	7,27	14,53	29,06	3,63	7,35	14,70	4,14	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Classificação	NOVO ORIENTE				Período de aplicação		02/2019	Atualizado em 14.08.2019

NOVO ORIENTE 02/2019 14,80

ROT: 25.690.05.31.195000

equatorial
ENERGIA
cepisa

SEU CÓDIGO

0501797-1

MÊS FATURADO

04/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

41,18

VENCIMENTO

12-04-2019

Nº da Nota Fiscal: 019958036 FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 752 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

83610000000 6 41180017000 2 00000000501 7 79710419008 8



SEQ.: 00178 UC: 0501797-1 DT. LEIT.: 05/04/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 13456 NORMAL TOTAL: 41,18 CARGA: 001
DT. VENC.: 12-04-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0077

DPVAT
12 JUL 2019
DE SEGUROS
CORRETORA

TIM BLACK

Página 1 de 4

R\$ 215,71

VENCIMENTO

25/04/2019

EMIÇÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 375919025

CLIENTE: 16742307

CPF/CNPJ: 845.894.105-8

ACESSO: 86.999.99.3000

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RUA SETE DE SETEMBRO, 244

CENTRO

64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

Serviços TIM S.A. VALOR

☒	Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 199,99
☒	CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,39
☒	OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,46
☒	COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 8,87

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

DESCRIÇÃO DA CONTA

Serviços que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 199,99
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 5,39
Minutos locais e DDD com 41	ilimitado	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 1,46
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 8,87
TIM Music	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00
TIM Banca Virtual	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

APÓSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 1,01	Informações Complementares - Planos
JNS	30%	R\$ 150,00	R\$ 45,30	FUNTEL: R\$ 0,30	Inclusão R\$ 0,00 (Planos)
SUOFINS - Serviços Telecom	3,65%				Franquia(s)
SUOFINS - Serviços Não Telecom	4,05%				SVA
SUOFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				Desconto(s) Franquia(s)
					Desconto(s) SVA

Atendimento 07/04/2019

Contribuições do FUST (3%) e FUNTEL (0,3%) não são repassadas ao cliente

**CORRETORA
DE SEGUROS**

12 JUL 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e pagar suas faturas de forma segura, toda mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento: 1056

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA

ABR/2019

DATA DE EMISSÃO

07/04/2019

DATA DE VENCIMENTO

25/04/2019

VALOR

R\$ 215,71

VIA BANCÁRIA

84610000002 - 1 15710109011 - 4 00375919025 - 3 40121536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



TIM BLACK

Página 1 de 4

R\$ 215,71

VENCIMENTO

25/04/2019

EMIÇÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 375919025

CLIENTE: 16742307

CPF/CNPJ: 845.894.105-8

ACESSO: 86.999.99.3000

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RUA SETE DE SETEMBRO, 244

CENTRO

64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

Serviços TIM S.A.

VALOR



Oferta TIM Pós C Plus

R\$ 199,99



CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

R\$ 5,39



OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

R\$ 1,46



COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS

R\$ 8,97

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

DESCRIÇÃO DA CONTA

Serviços que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

-

-

1

31

07/03 a 06/04

199,99

10GB

-

1

31

07/03 a 06/04

5,39

Ilimitado

109m54s

1

31

07/03 a 06/04

1,46

-

-

1

31

07/03 a 06/04

8,97

-

-

1

31

07/03 a 06/04

1,46

-

-

1

31

07/03 a 06/04

8,97

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

POSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 1,01
JNS	30%	R\$ 150,88	R\$ 45,26	FUNTEL: R\$ 0,30
SIGOFINS - Serviços Telecom	3,65%			
SIGOFINS - Serviços Não Telecom	4,65%			
SIGOFINS - Serviços Não Telecom	9,25%			

Atendimento 07/04/2019

Contribuições do FUST (3%) e FUNTEL (0,3%) não são repassadas ao cliente

Informações Complementares - Planos

Inclusão de (s) Plano(s)

Franquia(s)

R\$ 145,48

SVA

R\$ 54,50

Desconto(s) Franquia(s)

R\$ 0,00

Desconto(s) SVA

R\$ 0,00

**PU CORRETORA
DE SEGUROS**

12 JUL 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e pagar suas faturas diretamente no cartão de crédito. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento: 1056

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA

ABR/2019

DATA DE EMISSÃO

07/04/2019

DATA DE VENCIMENTO

25/04/2019

VALOR

R\$ 215,71

VIA BANCÁRIA

84610000002 - 1

15710109011 - 4

00375919025 - 3

40421536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-012 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 91 99 | **SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 92 86** | **Central Ouvidoria: 0800-031 91 25**

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=3&CODIGO=22635>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MENCIONADOS SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTERAGENTE 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 Nº 93.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Paula de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Valdeir Ribeiro Lopes da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 910.355.463 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Lucas Ribeiro Flor

inscrito (a) no CPF sob o nº 910.355.463 / 53 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ **Não sou 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: <u>Rua Sete de Setembro</u>		Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestão Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64.325-000</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>			Tel.(DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data: Elestão Veloso - Piauí - 09.07.2019

Adriana Paula de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu, Antonio Valdecir Ribeiro Lopes da Silva
RG nº 1.263.112, data de expedição 22/04/13,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 910.355.463-53,
com domicílio na cidade de Elesbão Veloso, no Estado de
Piçuí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Oliveira José de Brito nº 518
complemento Santa Olívia, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Lucas Ribeiro Flor, cujo o condutor era
Bruno Ribeiro Flor.
Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 FAN Ano: 2006/2007
Placa: LVM-3296 Chassi: 9C2JC30707R00462
Data do Acidente: 13/04/2019

Local e Data: Elesbão Veloso, Piçuí, PI 17.06.19

Antonio Valdecir Ribeiro Lopes da Silva

Assinatura do Declarante

Bruno Ribeiro Flor

Assinatura do Condutor

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

Reconheço verdadeira a
firma

Antonio Valdecir
Ribeiro Lopes da
Silva e Bruno
Ribeiro Flor

Em testemunha de verdade.

Elesbão Veloso 17.06.19

Maria de Lourdes Leal Sousa
Escrevente

Maria de Lourdes Leal Sousa
Escrevente de confiança
Cartório 2º Ofício
Elesbão Veloso - PI



Comarca de Elesbão Veloso
Cartório
(86)





Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente: <u>Lucas Ribeiro Filho</u>		Idade: <u>1</u>	Data Nasc.: <u>03/04/07</u>	Cartão SUS: <u>88800407908100</u>
Endereço: <u>Quilômetro 10 km de Brito</u>		Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elesbão Veloso</u>	
Data do Atendimento: <u>30/06/19</u>		Hora: <u>19:40</u>	Tipo: ☐ Urgência ☐ Emergência ☐ Outros	
Exame físico: Sinais Vitais PA: <u>1</u> mmHg FC: <u> </u> R: <u> </u> Glicemia Capilar <u> </u> Saturação O ₂ : <u> </u>		Telefone do Paciente: <u>99557-682</u> GLASGOW: <u> </u>		
Histórico Clínico: <u>Paciente vítima de acidente motorizado</u> <u>se capoteu. Nômen de M.F.E.</u> <u>Pr. auto Ques</u>				
Diagnóstico Inicial: <u>fratura</u>				
Prescrição Médica na Urgência: <u>03 Dintrozol 1.000 mg em 2u</u> <u>cr</u> <u>02 paracetamol 500 mg - 2x/6h</u> <u>u C/G</u> <u>03 Analg. 100 mg - 1x/6h</u> <u>100 mg SF 497 f3</u>			Anotações de Enfermagem: <u>Exame físico</u> <u>estável</u> <u>Exame motor</u> <u>com alteração</u> <u>proprioceção no</u> <u>limbo</u> <u>Fratura fechada</u> <u>do fêmur</u> <u>do membro superior direito</u>	
Destino Paciente: Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Hora: <u> </u> : <u> </u> : <u> </u>				
() Internação () Transferência <u> </u>				
() Sala de Observação () Óbito <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Hora: <u> </u> : <u> </u> : <u> </u>				
() Liberado após medicação/tratamento ambulatorial				

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

CONFERE COM O ORIGINAL

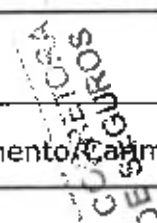
Rafaelle S. Onias
29/04/19

DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 20 - 64 303

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Aut - 508 4.581.513

DA UNIDADE <i>SE ENM</i>	PARA A UNIDADE <i>HUT</i>
PACIENTE <i>Francisco Ribeiro Flor</i>	REGISTRO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>Paciente vítima de acidente motorcyclista com trauma de tórax e MIE.</i> <i>Rx encaminhado: Fratura completa fêmur E</i>	
DATA <i>13/04/19</i>	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

FICHA DE RETORNO

A UNIDADE	PARA A UNIDADE
CONFERE COM O ORIGINAL <i>Rayanne A. Oquias</i> <i>21/04/19</i>	
DATA ____/____/____	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

OBSERVAÇÃO:

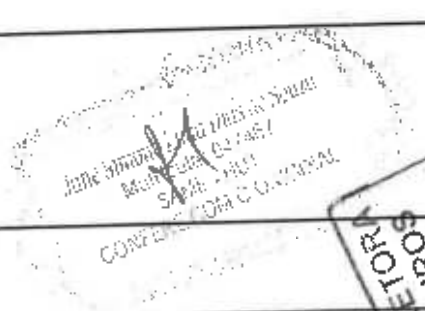
1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem.

DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ID - 05363

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Aut - 506451854

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE	
<i>HG EMM</i>	<i>HUT</i>	
PACIENTE	REGISTRO	
<i>Ruiz Rikardo Flor</i>		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO		
<i>Paciente vítima de acidente motorizado com fraturas de fêmur e MIE.</i> <i>Rx encaminhado: Fratura completa fêmur E</i>		
DATA <i>13/04/19</i>	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo	

FICHA DE RETORNO

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE	
DATA ____/____/____	  Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo	

OBSERVAÇÃO:

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem.



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Lucas Ribeiro Flor

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508350



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 14/04/2019 10:36:19

(User: CAMILA NORBERTA)

(Estação: REC3PCAOJ2)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

NHE 1510019
08:00

Nome:	LUCAS RIBEIRO FLOR	Prontuário:	508350
Mãe:	MARIA APARECIDA FLOR	Pai:	
End. Resid.:	RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO - SANTA CLARA - ELESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento:	03/04/2007	Idade:	12a0m11d
Responsável:	MARIA APARECIDA FLOR	Sexo:	Masculino
Profissão:	ESTUDANTE	Fone:	86-99557-6922
G. Instrução:	Não informado	CNS:	898004079081008
End. Local:		CPF:	* RG: -
		E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	716924	Data:	14/04/2019 10:15:57	Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Trajetória:	Não	Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	CID:
Diagnóstico Inicial:							

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
ÓBITO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	DESTINO: () Família () IML () Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / / () Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
			HORA: Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

196419

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

236956

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LUCAS RIBEIRO FLOR

6 - Prontuário: 508350

7-CNS: 898004079081008

8-Nascimento: 03/04/2007

9-Sexo: Masculino

12-Fone: 86-99557-6922

-Mãe: MARIA APARECIDA FLOR

14-Cor: Sem Informação

13-Resp: MARIA APARECIDA FLOR

15-Endere: RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO - SANTA CLARA - CEP: 64325-000

17-Cod. IBSGE: 220350

18-UF: PI

19-CEP: 64325-000

16-Munic: ELESBAO VELOSO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM MIE

21 - Condições que justificam a internação:

TTO CIRURGICO

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

X FISICO + RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim:

S822

25-CID Sec.:

26-CID C.Ans.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:
0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.:

02

01

CPF

892.673.703-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

14/04/2019

LEOCÁDIO SOARES DA SILVA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CEF

51 - Assinatura ou Responsável:

Usuário: (LEOCADIO)

Consulta Local: 716924

Consulta SUS:

Impressão: 14/04/2019 10:28:50

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEO 12409
35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

DESEGUROS

DPVAT

Dr. Carlos Alencar
ASSISTENTE DE ANATOMIA DECA/PI
CRM-PI 4468 - TEO 12409
CNS: 98512
35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 196419	
	AIH: 2219100256549	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 896004079081008	NOME DO PACIENTE LUCAS RIBEIRO FLOR	NASCIMENTO 03/04/2007	SEXO M	PRONTUÁRIO 508350
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8632851042	NOME DA MÃE MARIA APARECIDA FLOR	RESPONSÁVEL MARIA APARECIDA FLOR	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO	NÚMERO / LOTE 00		
BAIRRO SANTA CLARA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO ELESBAO VELOSO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM TÍBIA ESO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX E EXAME FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPÉDIA TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
14/04/2019

LEOCADIO SOARES DA SILVA
CPF: 89367376391

DATA ADMISSÃO
14/04/2019 10:15

DATA ALTA
15/04/2019 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROL E AVALIAÇÃO AUDITORIA

LECIO FLAVIO SANTOS FERREIRA
CPF: 55376835391

CRM

DATA ANÁLISE: 14/04/2019 10:47:17

CPF

CRM

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

PRVAT



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Lucas Romero Fran

Diagnóstico pré-operatório

AVULS. AIAF. TIBIA (E)

Operação - Tipo

Cirurgião

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEOT 12409

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

14/4/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

João Manoel Lima Mac de Souza
Matr. Méd. 017461
CRM-PI 4468 - TEOT 12409
COM EST. ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Redução em BAH. ab. anterior com MIE sangüíneo.
- 2) Anestesia + anti-sepsis com campos ester.
- 3) Incisão anterior - ungueal + disseção profunda com
placa de fixação e parafusos.
- 4) Lavagem com S.O. 4%.
- 5) Sutura + Retirada sangüíneo com BPA.
- 6) Curativo.
- 7) M-SILPA.

DESEMPENHO
DE SEGUROS
12 JUL 2019
BPA
BPAVAT

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEOT 12409

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Lucas Ribeiro Flor</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>24/04/2019</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONquite
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS						TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS						
TEMPERATURA						
P. ARTERIAL						
V. O. PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

NON // Jejum OK // 5 // Alergias

P = 28 Kg

Fratura de Tibia

ASA I

5H 15:00

SEQUÊNCIA:

1. Monitorização + AUP VE

2. MDZ 1mg + Letarmin 5mg

3. PARO 1:

4. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

5. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

6. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

7. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

8. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

9. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

10. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

11. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

12. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

13. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

14. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

15. - 13.4, 126/80, 100/60 e 100

Dr. José Rodrigo Bezerra Sousa

MÉDICO

CRM 16248

12 JUL 2019

CONFERIR COM O ORIGINAL

DATA 14 / 04 / 19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Lucas Ribeiro Flor</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>508350</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. José Rodrigo</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Raque</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>6,5</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.			<u>eletrodos</u>	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>escovas p/ degerman</u>		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>lepon</u>		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>3.0</u>	"	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>2.0</u>	"	02		CIRCULANTE: <u>Mélio Silva</u>			
PROLENE							

Jane Simone Lima Reis de Souza
Médica de Família e Saúde
SAB - FHT
CONF. SUP. E ORIGINAL

COORDENADORA
DE SEGUROS
12 JUL 2019

DPVAT



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 236956
3-Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LUCAS RIBEIRO FLOR			6 - Prontuário: 508350
7-CNS: 898004079081008	8-Nascimento: 03/04/2007	9-Sexo: Masculino	0000000000
11-Mãe: MARIA APARECIDA FLOR	12-Fone: 86-99557-6922		
13-Resp: MARIA APARECIDA FLOR	14-Fone: 86-99557-6922		
15-End: RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO - SANTA CLARA - CEP: 64325-000			
16-Munic: ELESBAO VELOSO	17-Cod. IBGE: 220350	18-UF: PI	19-CEP: 64325-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

1-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050500		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidada:
0702030902	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)		1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA			

38 Profissional Responsável: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 14/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 892.673.703-91
Ass. Carimbo: Mod. S.L. (CRX)	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

OSTEOSSINÓSE FIBRÁ (E)

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 14/04/2019	52-cys/ Assessoria de Auditoria (ORCA/FMS) CNS: 980016281738417

(ANTÔNIO EURIVAN)

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

SOLICITAÇÃO DE PERMANÊNCIA MENOR

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Lucas Ribeiro Flor Nº PRONT.: 508350 Nº LAUDO: 236956

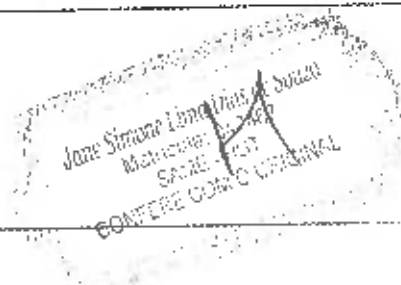
JUSTIFICATIVA

PACIENTE RESPONDEU DE FORMA SATISFATÓRIA AO
TRATAMENTO OFERTADO, COM MELHORA CLÍNICA
CONSIDERÁVEL.


Dr. Sérgio Leal Tenório
CRM - 3431
Ouro Preto - RJ

DATA:

ASSINATURA DO MÉDICO


Jane Simone Lima Lima de Souza
Médico(a) - 2004
SACRE - RJ
CONFERE COM O ORIGINAL

AUDITOR

AUTORIZO

AUDITOR 

Dra. Mariléa da Silva Leal
Assessora de Auditoria (ORCA4 / FMS)
CRM - RJ: 2975 - CPF: 804.175.743-04
CNS: 980616281738417

DATA: 13/05/15

ASSINATURA DO AUDITOR

[illegible]



EVOLUÇÃO / NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO

PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENFERMAGEM	LEITO	DATA NASCIMENTO	IDADE	DATA
508350	Ortopédica	EXTRA4		03/04/2007	12	15/04/2019

NOME DO PACIENTE

LUCAS RIBEIRO FLOR

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS : () MINIMOS () INTERMEDIARIOS () SEMI-INTENSIVAS () INTENSIVOS

SINAIS VITAIS							ENTRADAS		SAÍDAS		
HORA	T	P	R	PA	BAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURSE	DRENO
12											
13											
24											
06											

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:		CONTROLE:		MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
1. PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limite inferior: 3 - Totalmente insensível / 5 - Normalmente)				ALTO RISCO BR: < 12			
2. UMIDADE (Molidade): 1 - Completamente úmido / 2 - Úmido / 3 - Normalmente / 4 - Seco / 5 - Completamente seco				MÉDIO RISCO BR: 12 a 14			
3. ATIVIDADE: 1 - Não pode se mover / 2 - Move-se com dificuldade / 3 - Move-se facilmente / 4 - Move-se independentemente / 5 - Move-se independentemente				BAIXO RISCO BR: > 14			
4. NUTRIÇÃO: 1 - Muito pobre / 2 - Pobre / 3 - Adequada / 4 - Excelente / 5 - Excelente							
5. FRICÇÃO E cisalhamento: 1 - Problema potencial / 2 - Problema existente / 3 - Nenhum problema							
TOTAL:				CLASSIFICAÇÃO			
ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:							CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0							SEM RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0							BAIXO RISCO BR: 25-50
3. AUXÍLIO BADELO: 1 - Não / 2 - Sim / 3 - Sim / 4 - Sim / 5 - Sim / 6 - Sim / 7 - Sim / 8 - Sim / 9 - Sim / 10 - Sim / 11 - Sim / 12 - Sim / 13 - Sim / 14 - Sim / 15 - Sim / 16 - Sim / 17 - Sim / 18 - Sim / 19 - Sim / 20 - Sim / 21 - Sim / 22 - Sim / 23 - Sim / 24 - Sim / 25 - Sim / 26 - Sim / 27 - Sim / 28 - Sim / 29 - Sim / 30 - Sim / 31 - Sim / 32 - Sim / 33 - Sim / 34 - Sim / 35 - Sim / 36 - Sim / 37 - Sim / 38 - Sim / 39 - Sim / 40 - Sim / 41 - Sim / 42 - Sim / 43 - Sim / 44 - Sim / 45 - Sim / 46 - Sim / 47 - Sim / 48 - Sim / 49 - Sim / 50 - Sim / 51 - Sim / 52 - Sim / 53 - Sim / 54 - Sim / 55 - Sim / 56 - Sim / 57 - Sim / 58 - Sim / 59 - Sim / 60 - Sim / 61 - Sim / 62 - Sim / 63 - Sim / 64 - Sim / 65 - Sim / 66 - Sim / 67 - Sim / 68 - Sim / 69 - Sim / 70 - Sim / 71 - Sim / 72 - Sim / 73 - Sim / 74 - Sim / 75 - Sim / 76 - Sim / 77 - Sim / 78 - Sim / 79 - Sim / 80 - Sim / 81 - Sim / 82 - Sim / 83 - Sim / 84 - Sim / 85 - Sim / 86 - Sim / 87 - Sim / 88 - Sim / 89 - Sim / 90 - Sim / 91 - Sim / 92 - Sim / 93 - Sim / 94 - Sim / 95 - Sim / 96 - Sim / 97 - Sim / 98 - Sim / 99 - Sim / 100 - Sim							ALTO RISCO AR: > 61
4. TERAPIA FISIOTERAPÊUTICA: SIM - 20 / NÃO - 0							CLASSIFICAÇÃO:
5. MARCAÇÃO: 1 - Não / 2 - Sim / 3 - Sim / 4 - Sim / 5 - Sim / 6 - Sim / 7 - Sim / 8 - Sim / 9 - Sim / 10 - Sim / 11 - Sim / 12 - Sim / 13 - Sim / 14 - Sim / 15 - Sim / 16 - Sim / 17 - Sim / 18 - Sim / 19 - Sim / 20 - Sim / 21 - Sim / 22 - Sim / 23 - Sim / 24 - Sim / 25 - Sim / 26 - Sim / 27 - Sim / 28 - Sim / 29 - Sim / 30 - Sim / 31 - Sim / 32 - Sim / 33 - Sim / 34 - Sim / 35 - Sim / 36 - Sim / 37 - Sim / 38 - Sim / 39 - Sim / 40 - Sim / 41 - Sim / 42 - Sim / 43 - Sim / 44 - Sim / 45 - Sim / 46 - Sim / 47 - Sim / 48 - Sim / 49 - Sim / 50 - Sim / 51 - Sim / 52 - Sim / 53 - Sim / 54 - Sim / 55 - Sim / 56 - Sim / 57 - Sim / 58 - Sim / 59 - Sim / 60 - Sim / 61 - Sim / 62 - Sim / 63 - Sim / 64 - Sim / 65 - Sim / 66 - Sim / 67 - Sim / 68 - Sim / 69 - Sim / 70 - Sim / 71 - Sim / 72 - Sim / 73 - Sim / 74 - Sim / 75 - Sim / 76 - Sim / 77 - Sim / 78 - Sim / 79 - Sim / 80 - Sim / 81 - Sim / 82 - Sim / 83 - Sim / 84 - Sim / 85 - Sim / 86 - Sim / 87 - Sim / 88 - Sim / 89 - Sim / 90 - Sim / 91 - Sim / 92 - Sim / 93 - Sim / 94 - Sim / 95 - Sim / 96 - Sim / 97 - Sim / 98 - Sim / 99 - Sim / 100 - Sim							
6. ESTADO MENTAL: 1 - Não / 2 - Sim / 3 - Sim / 4 - Sim / 5 - Sim / 6 - Sim / 7 - Sim / 8 - Sim / 9 - Sim / 10 - Sim / 11 - Sim / 12 - Sim / 13 - Sim / 14 - Sim / 15 - Sim / 16 - Sim / 17 - Sim / 18 - Sim / 19 - Sim / 20 - Sim / 21 - Sim / 22 - Sim / 23 - Sim / 24 - Sim / 25 - Sim / 26 - Sim / 27 - Sim / 28 - Sim / 29 - Sim / 30 - Sim / 31 - Sim / 32 - Sim / 33 - Sim / 34 - Sim / 35 - Sim / 36 - Sim / 37 - Sim / 38 - Sim / 39 - Sim / 40 - Sim / 41 - Sim / 42 - Sim / 43 - Sim / 44 - Sim / 45 - Sim / 46 - Sim / 47 - Sim / 48 - Sim / 49 - Sim / 50 - Sim / 51 - Sim / 52 - Sim / 53 - Sim / 54 - Sim / 55 - Sim / 56 - Sim / 57 - Sim / 58 - Sim / 59 - Sim / 60 - Sim / 61 - Sim / 62 - Sim / 63 - Sim / 64 - Sim / 65 - Sim / 66 - Sim / 67 - Sim / 68 - Sim / 69 - Sim / 70 - Sim / 71 - Sim / 72 - Sim / 73 - Sim / 74 - Sim / 75 - Sim / 76 - Sim / 77 - Sim / 78 - Sim / 79 - Sim / 80 - Sim / 81 - Sim / 82 - Sim / 83 - Sim / 84 - Sim / 85 - Sim / 86 - Sim / 87 - Sim / 88 - Sim / 89 - Sim / 90 - Sim / 91 - Sim / 92 - Sim / 93 - Sim / 94 - Sim / 95 - Sim / 96 - Sim / 97 - Sim / 98 - Sim / 99 - Sim / 100 - Sim							
TOTAL:							

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso
Glasgow: AO / RV / RM =

2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação
() Paralisia () Plegia () Hemiparesia
() Déficit Motor

3. Respiração: () Espontâneo () Dispnéico () Taquipnéico () JIQT
() Sem O₂ () Com O₂:
4. Sistema Cardiovascular: () BMR () BNF () ZT () Normocárdico
() Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:

5. Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero
() Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()

6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso
() Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:

7. Pele e mucosas: () Normocrado () Hipocrado () Ictérico () Integral
() Edematosas () Hidratado () Lesões Bolhosas
() Escoriações () LPP's

8. Hidratação: () JVP () JAVC () JOLROS () JOLROS

9. Orenos: () Sucor () Torácico () JOVE () Kiber
() Penrose () Outros:

10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal
() Reduzida () Hematuria () Outros:

11. Evacuações: () Presentes () Constipado dias () Diarreia dias
() Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:

12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais?
12.2: Comorbidades: () Mega () DM () HAS () Outras, Quais?
12.3: Medicamentos de uso contínuo:



UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OC APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
WAGAS Ruyano Flan	508350	odontologia	000000000000000000	000000	
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
			HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
1) Difen. 100mg					
2) SDO, 50mg - 500ml (60) 7/8h					
3) Cefazolin - 300mg (60) 8/8h					
4) Digoxina - 1,5ml (60) 6/6h					
5) Paracetamol - 305h (60) 8/8h					
6) Thuprofeno - 305h (60) 8/8h					
7) S.O. 100					
8) Grand 50mg + SDO, 500ml (60) 8/8h					

MÉDICO, CRM:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME: União Ribeiro Flor IDADE: 12 anos DATA: 14/04/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO: 15 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (x) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA: fratura de tíbia CIRURGIÃO: _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>80</u>	<u>116</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>curriculum</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Terr. apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90% mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA						<u>10</u>

Jairo Francisco de M. Freitas
 ASS. ENFERMEIRO
 COREN-PI 157307

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

15:45 - Admitido em R-PA ao 101 de H.O. cirúrgico de fratura de
tíbia. Comendo, exortado. Sob exp. de sangramento,
expansão, sem o membro. Suf. exp. de

Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 157307

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () PORT () NEU () CIR () MÉD

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Cito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUCAS RIBEIRO FLOR (Prontuário: 508350)**
 Endereço: RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO - SANTA CLARA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 03/04/2007 Idade: 12a2m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236956
 Requisição: 943090 Solicitação: 14/04/2019 Solicitante: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA
 Controle: 1194864 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 SUPLEMENTAR EXTRA 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080188

Data Exame: 14/04/2019

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada na diáfise média da tibia, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 18/06/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tilo 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUCAS RIBEIRO FLOR** (Prontuário: **508350**)
 Endereço: RUA OLIVEIRA JOSE DE BRITO - SANTA CLARA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 03/04/2007 Idade: 12a2m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236956
 Requisição: 943090 Solicitação: 14/04/2019 Solicitante: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA
 Controle: 1194864 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 SUPLEMENTAR EXTRA 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 14/04/2019

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada na diáfise média da tíbia, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 18/06/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL ESTADO DO PIAUÍ

Comarca de Elesbão Veloso
Município de Elesbão Veloso
Raimundo de Souza Sobrinho
Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às fls. 155 do livro 43-A sob Nº de Ordem 25.349, foi lavrado o assento de nascimento de LUCAS RIBEIRO FLÔR, do sexo masculino, nascido no dia 03 de Abril de dois mil e sete (2007), às dezesseis horas e quinze minutos, em Elesbão Veloso-PI.

filho (a) de Antonio Valdeci Ribeiro Lopes da Silva
e Dona Maria Aparecida Flôr da Silva

sendo avós paternos João Ribeiro de Freitas
e Dona Francisca Lopes da Silva

e avós maternos João Flôr de Lima -falecido
e Dona Francisca Afonso de Oliveira

O assento foi lavrado em 09 de Maio de 2007, tendo sido declarante a mãe e serviram de testemunhas Manoel Soares da Silva e Ecielma Tereza dos Santos.

Observações: Nada a ressaltar.

Cartório do 2º Ofício
Praça Santa Teresinha
Elesbão Veloso-PI CEP: 64.325.000
Fone: (0xx) 86-3285-1407

O referido é verdade e dou fé.

Elesbão Veloso (PI), 09 de Maio de 2007

Raimundo de Souza Sobrinho

Oficial

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT



VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 22/04/1991.

ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

NOME: João Ribeiro de Freitas

FILIAÇÃO: Francisca Lopes da Silva

Elebão Veloso - Pi, 30/01/1973.

Naturidade: DATA DE NASCIMENTO

Nat: N.º 16.435.11v.36-a.fl.55-v.ex

DOC ORIGEM

em: E. Veloso - Pi 17/09/1983.

CPF

Padro Gomes da Mota

ASSINATURA DO TITULAR

LEI N.º 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

910.355.463-53

Nome

ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

30/01/1973

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

ABR/2000

BANCO DO BRASIL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE TRANSPORTES E INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E LOGÍSTICA
 C. ADREANA CARLA DE SOUSA SILVA

ADREANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG: 1651571-803 PI

CPF: 848.394.433-53 DATA DE NASCIMENTO: 30/07/1977

PLACAR: JOSE MISSIAS DA SILVA

MARIA CARMEN DA SOUSA

PERMISSÃO: PERMISSÃO

IP: 06983294635 VIGÊNCIA: 03/01/2019 PRAZOS: 04/01/2019

1554703040

1554703040

PIAUÍ

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010044899960
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	897211855		2013
NOME			
ANTONIO VALDECIR AISEIRO LOPES D A SILVA			

CPF / CNPJ	PLACA		
91035546353	LVM-3298		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
	9C2JC30707RD00462		

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/MENHORA	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN	2006 2007
CAP. POT. / CL.	CATEGORIA
0029/124CC	PARTICU
COR PREDOMINANTE	
PRETA	
COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA
	1ª 12VA
FAXA I.R.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
	2ª 2AGO
	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 JOF (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 03/07/2013

SEGURO OBRIGATORIO

Nº MOTOR JC30277000462

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ELESAO VELOSO

03/07/2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 010044899960 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2013	03/07/2013
CPF / CNPJ	PLACA
91035546353	LVM-3298
BILHETE DE SEGURO DPVAT	
PI Nº 010044899960	EXERCÍCIO 2013
VIA	CPF / CNPJ
1	91035546353
PLACA	
LVM-3298	
RENAVAM	MARCA / MODELO
897211855	HONDA/CG 125 FAN
ANO FAB.	EXT. TMR
2006	09
Nº CHASSI	
9C2JC30707RD00462	

PRÊMIO TARIFÁRIO		
PNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	JOE (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	292,01
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	28/06/2013

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

1 CORRETORA
DE SEGUROS
12 JUL 2013
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190427356 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190427356

Cidade: Elesbão Veloso

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR

Data do acidente: 13/04/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 8/10/11_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Antonio Valdecir Ribeiro Lopes da Silva
 RG: 1.269.112 ORGÃO EMISSOR: SSP-Pi CPF: 910.355.463-53
 NACIONALIDADE: Brasileira EST. CIVIL: solteiro PROFISSÃO: lavador
 ENDEREÇO: Rua Oliveira José de Brito Nº: 519
 BAIRRO: St. Clara CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: Elesbão Veloso - Piauí
 TELEFONE (86): 99981-6008 () - () -

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 RG: 1.651.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-Pi CPF: 849.394.433-53
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO
 ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO Nº: 244
 BAIRRO: CENTRO CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUI
 TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO ÀS 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 DESTES MANDATO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

VITIMA: Luícas Ribeiro Flôr

CPF: 910.355.463-53 DATA DO ACIDENTE: 13 / 04 / 2019
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DABS () MORTE

Elesbão Veloso - Piauí 17.06.2019
 local e data

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

x Antonio Valdecir Ribeiro Lopes da Silva

Assinatura da Outorgante (reconhecer firma por autenticação)

Reconheço verdadeira a

firma Antonio Valdecir
Ribeiro Lopes da
Silva

Em 17.06.19
Elesbão Veloso

Escrevente

Maria de Lourdes Leal Sousa
Escrevente Autorizada

Sousa

Comarca de Elesbão Veloso - Piauí
Cartório
(86) 3251-1111



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237542/19

Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR

CPF: 910.355.463-53

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 13/04/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: ANTONIO VALDECIR
RIBEIRO LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA : 910.355.463-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190427356

Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190427356

Vítima: LUCAS RIBEIRO FLOR

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **ANTONIO VALDECIR RIBEIRO LOPES DA SILVA**

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

Banco: **001**

Agência: **000000788-9**

Conta: **000010018182-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 910.355.463-53 Nome completo da vítima: Luís Carlos Ribeiro Ilôn

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

Nome completo: Antonio Zaldemar Ribeiro Lopes da Silva CPF: 910.355.463-53

Profissão: Laureado Endereço: Rua Oliveira José de Brito Número: 517 Complemento: St. Clara

Bairro: St. Clara Cidade: Elestria - RJ Estado: Piauí CEP: 64.325-000

E-mail: Recusado Tel. (DDD): (86) 999816008

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0788 9 CONTA: 18.182 X

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Elestria - RJ 09.07.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Zaldemar Ribeiro Lopes da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

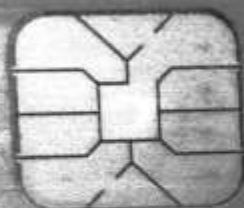
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

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



Ourocard

International



4001 6353 6855 0160

4001

GOOD
THRU

09/19

ANTONIO V R L SILVA

0788-9

18.182-X

VISA
ELECTRON

Electronic use only / Apenas uso eletrônico

DPVAT
12 JUL 2018
DE SEGUROS
P1 CORRETORA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000228/2019-56

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 12/06/2019 - 13:06

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, Nº

Complemento

Data/Hora

13/04/2019 - 19:00

Bairro

VÁRZEA ALEGRE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: BRUNA RIBEIRO FLOR

RG: 3704929 SSP PI

Mãe: MARIA APARECIDA FLOR DA SILVA

Pai: ANTONIO VALDECI RIBEIRO LOPES DA SILVA

Endereço: RUA OLIVEIRA JOSÉ DE BRITO, Nº 662

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Telefone(s): 86-3451-4056

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: LUCAS RIBEIRO FLOR

Mãe: MARIA APARECIDA FLOR DA SILVA

Pai: ANTONIO VALDECI RIBEIRO LOPES DA SILVA

Endereço: RUA OLIVEIRA JOSÉ DE BRITO, Nº 662

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Tipo Envolv.: VÍTIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN

Ano: Placa: Chassi:

2007 LVM3296

Renavam:

897211855

Cor:

Preta

Condutor: BRUNA RIBEIRO FLOR

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: SANTA CLARA

RELATO DA OCORRÊNCIA

Na noite de 13 de abril de 2019, a noticiante conduzia sua motocicleta, acima qualificada pela Avenida Presidente Castelo Branco, levando seu irmão Lucas, acima qualificado, na garupa. Durante o trajeto, um cavalo atravessou a pista, fazendo a noticiante frear bruscamente o que a fez perder o controle do veículo e cair. A noticiante teve apenas escoriações leves, entretanto seu irmão LUCAS RIBEIRO FLOR, machucou a perna esquerda. Lucas deu entrada, a princípio no Hospital Norberto Moura em Elesbão Veloso-PI e no dia seguinte foi transferido ao Hospital de Urgências de Teresina (HUT), onde foi submetido a exames e um procedimento cirúrgico. Era o que tinha a informar.

Aécio Antonio Coimbra De Castro - Mat. 3112764
AGENTE DE POLÍCIA

BRUNA RIBEIRO FLOR - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000228/2019-56

Delegado de Polícia Civil
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 910.355.463-53 Nome completo da vítima: Luís Carlos Ribeiro Ilôn

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

Nome completo: Antonio Zaldemar Ribeiro Lopes da Silva CPF: 910.355.463-53
Profissão: Laureado Endereço: Rua Oliveira José de Brito Número: 517 Complemento: St. Clara
Bairro: St. Clara Cidade: Elestria - RJ Estado: Piauí CEP: 64.325-000
E-mail: Recusado Tel. (DDD): (86) 999816008

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0788 9 CONTA: 18.182 X
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Elestria - RJ 09.07.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Zaldemar Ribeiro Lopes da Silva
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

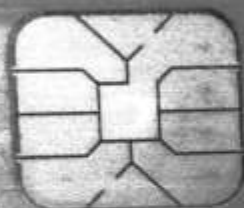
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

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



Ourocard

International



4001 6353 6855 0160

4001

GOOD
THRU

09/19

ANTONIO V R L SILVA

0788-9

18.182-X

VISA
ELECTRON

Electronic use only / Apenas uso eletrônico

DPVAT
12 JUL 2018
DE SEGUROS
P1 CORRETORA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL ESTADO DO PIAUÍ

Comarca de Elesbão Veloso
Município de Elesbão Veloso
Raimundo de Souza Sobrinho
Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às fls. 155 do livro 43-A sob Nº de Ordem 25.349, foi lavrado o assento de nascimento de LUCAS RIBEIRO FLÔR, do sexo masculino, nascido no dia 03 de Abril de dois mil e sete (2007), às dezesseis horas e quinze minutos, em Elesbão Veloso-PI.

filho (a) de Antonio Valdeci Ribeiro Lopes da Silva
e Dona Maria Aparecida Flôr da Silva

sendo avós paternos João Ribeiro de Freitas
e Dona Francisca Lopes da Silva

e avós maternos João Flôr de Lima -falecido
e Dona Francisca Afonso de Oliveira

O assento foi lavrado em 09 de Maio de 2007, tendo sido declarante a mãe e serviram de testemunhas Manoel Soares da Silva e Ecielma Tereza dos Santos.

Observações: Nada a ressaltar.

Cartório do 2º Ofício
Praça Santa Teresinha
Elesbão Veloso-PI CEP: 64.325.000
Fone: (0xx) 86-3285-1407

O referido é verdade e dou fé.

Elesbão Veloso (PI), 09 de Maio de 2007

Raimundo de Souza Sobrinho

Oficial

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT





Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente:	Idade:	Data Nasc.:	Cartão SUS:
Lucas Ribeiro Flôr	14	03/04/07	84800407308.1001
Endereço:	Bairro:	Cidade:	
Quilômetro 100 da BR-10	Itapicuru	Elesbão Veloso	
Data do Atendimento:	Hora:	Tipo:	
30/04/19	15:40	☐ Urgência ☐ Emergência ☐ Outros	
Exame físico: Sinais Vitais	Telefone do Paciente:		
PA: 1 mmHg FC: R:	99557-6122		
Glicemia Capilar: Saturação O:	GLASGOW:		
Histórico Clínico:			
Paciente vítima de acidente motorizado se capoteou. Ruptura de MFE. Pq. com fraturas			
Diagnóstico Inicial:			
Fratura			
Prescrição Médica na Urgência:		Anotações de Enfermagem	
01 Diniz 11, 1020 17:00 m Tu q a. pericardial 11 - 17:00, 17:00 w C/6		Causa de morte trauma fratura de costela com lesão pulmonar liberado	
03. Acidente 11-17:00 + 1w 17:00 m 17:00, 17:00			
Destino Paciente: Data: / / Hora:			
() Internação () Transferência			
() Sala de Observação () Óbito / / Hora:			
() Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial			

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne S. Onias
29/04/19