

Audiência x Upload x ... Sist x Contr x Pje Acesso x Pje Consu x 08005 x Entrar x What x Tribu x Portal x Down x + -

Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=263805&ca=a59c18c22beaec80e9... 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 0800516-43.2019.8.18.0034 FRANCISCO ALVES DA MOTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU... 9721888 - CONTESTAÇÃO (2719937 CONTESTACAO 01) Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/05/2020 14:37:39

15 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9721862 - CONTESTAÇÃO
 - 9721888 - CONTESTAÇÃO (2719937 CONTESTACAO 01)
 - 9721889 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719937 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9721890 - Procuração (procuracao atos subs 2016 (2))
 - 9721891 - Documentos (CARTA DE PREPOSTO)
 - 9721892 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBS)

14:37

2719937- CJ/ 2020-01853/ INVAIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AGUA BRANCA/PI

Processo: 08005164320198180034

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf protocolo.pdf manifestação - Lav...pdf Petição - Maria d....docx Atualização monet...pdf

ativar o Windows. Exibir todos

14:38 15/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AGUA BRANCA/PI

Processo: 08005164320198180034

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 **FRANCISCO ALVES DA MOTA**, 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 **10/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **31/01/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 31/01/2019 após 3 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 10/10/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190162012 Cidade: São Pedro do Piauí Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA Data do acidente: 10/10/2018 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA COM PNEUMOTÓRAX E FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA. (P9)
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA. (P8)
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - (LAPAROTOMIA - ESPLENECTOMIA // TORACOSTOMIA COM DRENAGEM) - E ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.
Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **10/10/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).**

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: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00888-5

CONTA: 000010014942-1

Nr. da Autenticação 274BDFB7FD379FCC

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).

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

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

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

⁶“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.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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,

AGUA BRANCA, 15 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCO ALVES DA MOTA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **AGUA BRANCA**, nos autos do Processo nº 08005164320198180034.

Rio de Janeiro, 15 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: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00888-5

CONTA: 000010014942-1

Nr. da Autenticação 274BDFB7FD379FCC

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAU
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 05.940.740/0001-09 Insc. Estadual: 19.379.203-5
Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ/PI 06/98

Nº de Nota Fiscal 017208338

2. Tabela Social de Energia Elétrica - TSELE autorizada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

FEVEREIRO/2019 11/02/2019 82 77,54

UMBERTO ALVES DA MOTA
R. JOAQUIM LOPES 536 S/C B-URBANO
CPF: 00000000000000
CEP: 64.470-000 - HUGO NAPOLEAO

Atual.	328	Atual.	04/02/2019
Anterior.	246	Anterior.	03/01/2019
Consumo de Multiplicação	1,000	Próxima Exatidão	06/03/2019
Consumo Medido	82	Exatidão	01/02/2019
Consumo Estimado	82	Apresentação	04/02/2019

NORMAL

32

Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fát.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2154519		1.1.1.1	78

Mês/ano consumo	CONSUMO	82 A R\$ 0,889544 =	72,94
JAN/19 76	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)		4,60
FEV/18 80			
NOV/18 90			
OUT/18 93			
SET/18 77			
AGO/18 47			
JUL/18 70			
JUN/18 73			
MAI/18 71			
ABR/18 89			
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
8 A 82 - 8,82956			

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 01/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

VENCIMENTO AO FISCAL 7886.EBE3.6151.C1E3.43AF.C010.BFAF.B3B3

Distribuição	14,78	Base de Cálculo	72,94
Energia	28,52	Adicional ICMS	22,00%
Transmissão	4,82	Valor do ICMS	16,04
Energia	3,04	Valor do PIS	1,02
Tributos	21,78	Valor do COFINS	4,72

8,06 16,12 32,23 4,59 9,18 18,37 4,48
0,00 0,00 0,00
12/2018 24,12

SAO PEDRO DO PIAU

SEU CÓDIGO	0216061-7	TOTAL A PAGAR - R\$	77,54
MES FATURADO	02/2019	VENCIMENTO	11/02/2019
Nº de Nota Fiscal	017208338	FCAM	

8366000000 1 77540017000 4 00000000216 2 06170219008 5



21 FEV 2019

R\$ 139,47

VENCIMENTO

25/01/2019

EMIÇÃO: 07/01/2019

POSTAGEM: 21/01/2019

FATURA: 3649223245

CLIENTE: 1.6742373

CPF/CNPJ: 84935421-3

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000009121535 70014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Atenção: excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 30/01/2019, sem cobranças de juros e multa. Consta nessa fatura a cobrança de outro novo serviço: Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/DEZ A 06/JAN

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 153,99
☒ CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,77
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ -6,29

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

MENSALIDADES

Antevisão que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

1 An. Janela Virtual

1 An. Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/12 a 06/01	153,99
-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	50,00
-	-	-	-	-	153,99
10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Para sempre ver sua Conta detalhada sempre que desejar, com toda a segurança e agilidade, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

QUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	PUNTO	R\$ 0,71	R\$ 0,35
30%	R\$ 107,08	R\$ 32,12	-	-	-	-
7,65%	-	-	-	-	-	-
2,25%	-	-	-	-	-	-

Valor de desconto: R\$ 0,00

Valor de desconto: R\$ 0,00 e FUST (0,5%) não são repassados às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviço(s) Adicional(ais)	
Franchia	R\$ 137,49
SVA	R\$ 32,50
Oscarato(s) Franchia	R\$ -10,18
Desconto(s) SVA	R\$ -13,82

21 FEV 2019

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar pontos TIM a cada mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CONTA DE DÉBITO AUTOMÁTICO
0000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
JAN/2019

DATA DE EMISSÃO
07/01/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/01/2019

VALOR
R\$ 139,47

0000009121536776014

0000009121536776014

00364922324 - S

00121536776 - 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 8249.394.433 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Alves da Mota inscrito (a) no CPF sob o Nº 565.103.142 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Alves da Mota

inscrito (a) no CPF sob o Nº 565.103.142 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <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>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981-8008</u>

Local e Data: Elestão Veloso - PI 07.02.2013

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR D MENDES ARCOVERDE
CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02



USUÁRIO:
VANESSA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 83

21

DATA: 10/10/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

HORA: 15:15:11

COD.: 38605 Paciente: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Nasc.: 14/11/1968

Raça: 003

Idade: 49 Anos, 10 Meses e 25 Dias.

Nome do Pai: UMBERTO ALVES DA MOTA

Nome da Mãe: MARIA NOGUEIRA DA SILVA

Sexo: M Telefone: (86)99550-8865

Cep: 64470000

Endereço: RUA JOAQUIM LOPES

Bairro: CENTRO

Numero: 63

Município: HUGO NAPOLEAO

UF: PI

IBGE Mun.: 2204600

Nacionalidade: BRASILEIRO(A)

Município Nascimento: HUGO NAPOLEAO

UF: PI

CNS: 898002378383446

RG Nº: 900716

Orgão Emissor: SSP PI Data Emissão: 23/11/2012

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 482577 Data: 10/10/2018 15:15:11

Condução: Veiculo Proprio ou de Terceiros

Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência

Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

ACIDENTE

HISTÓRICO CLÍNICO:

Tramite acidente

EXAMES FÍSICOS:

AS 91 - exames em andamento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Tramite Torçoes

TRATAMENTO SOLICITADO:

Tramite H. U. F.

Geraldo de M. R. Soares
Médico
CRM 11.661

DR. GERALDO DE MAJELLA R SOARES

CRM.: CRM - PI 661

CNS: 107338864900005

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 10/10/18 HORA: 15:21 Nº DOTELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE HMSDMA MUNICIPIO Água Branca

MÉDICO: Dr. Maylla CRM: 661

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Françisco Alves da Costa

Data de Nascimento 14.11.68 Idade: 49 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF _____ Cartão Nacional de Saúde 898002378383446

Município de Procedência Humo Gradenão

HDA: Trauma secundário ao contato de

uma barra de ferro com o crânio

na região da cabeça

HD: Hemorragia? Trauma CID R00.0

ESCALA DE GLASGOW: 14

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax _____ °C P: 78 bpm R: 22 mrm PA: 90/60 mmHg Sat O₂ 94 Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio
- (X) Hidratação Venosa
- () Aspiração
- (X) Medicação (especificar) Tranquilizante
- () Curativo
- () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: NUT

Clinica/Posto: _____ Senha: Id: 4444 Aut: 38481888

21 FEV 2019



Alto

NOME DO PACIENTE: Francisco Alves da Mota
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 160321

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".

21 FEV 2019

**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

- Cir. Geral - Sala 1000

SUS

Imp: 10/10/2018 17:00:09

User: CAMILA NORBERTAI

Estação: RECEPCAO02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Nº 151018

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ALVES DA MOTA		Prontuário: 150321	
Mãe: MARIA NOGUEIRA DA SILVA		Pai: UMBERTO ALVES DA MOTA	
End. Resid.: RUA JOAQUIM LOPES - CENTRO - HUGO NAPOLEAO - PI - CEP: 64470-000			
Nascimento: 14/11/1968	Idade: 49a10m26d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9932-2400
Responsável: O MESMO		CNS: 898002378383446	
Profissão: LAVRADOR		CPF: * RG: 900716 - PI	
G. Instrução: Fundamental Completo		E. Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 688466	Data: 10/10/2018 16:58:44	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)			Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Trajetória? Sim	Típico: Não	CID Secundário: V099

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de atropelamento em torax / abdome

A: Vias aéreas livres, sem lesões cutâneas

B: levemente dispendido, em caber de ar

C: FC = 104 bpm, FR = 22. Doe em abdome à palpao

D: OCG = 15

E: Osguço em torax

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____
Diagnóstico Inicial:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- TC de torax e abdome

Exame: Abdome Total c/c

DATA: 12/10/2018

HUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

DATA: 12/10/2018

HUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

DATA: 12/10/2018

ALTA:

- () Melhorado
- () Curado
- () Inalterado
- () A Pedido
- () Administrativa
- () Por Indisciplina
- () Por Evasão

- () Retornar à Unid. Origem:
- () Transferência:

DATA SAÍDA: 1/1

HORA: 13

Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Pré-Solicitante
Internação**ÓBITO:**

- () Até 24 Hs
- () De 24 a 48 Hs
- () Após 48 Hs
- () Família
- () IML
- () Anat. Patol.

DESTINO:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - DE

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 10/10/2018 17:00:09

(CAMILA NORBERTA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ALVES DA MOTA		Prontuário: 160321
Mãe: MARIA NOGUEIRA DA SILVA		Pai: UMBERTO ALVES DA MOTA
End. Resid.: RUA JOAQUIM LOPES - CENTRO - RUGO NAPOLEAO - PI - CEP: 64470-000		
Nascimento: 14/11/1968	Idade: 49a10m26d	Sexo: Masculino Fone: 36- 9932-2400
Responsável: O MESMO		CNS: 898002378383446
Profissão: LAVRADOR		Documento: RG: 900716 - PI
G. Instrução: Fundamental Completo		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 698466	Data: 10/10/2018 16:58:44	Clas. Cox: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 10/10/18 19:32 **ESPECIALISTA:** Cirurgião Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vítima de atropelamento por caminhão colidindo com dor torácica e abdominal em REG, LQ E, hipocôndrio RUQ, taquicárdico, agnóstico.
Abdome plano, flácido, doloroso difusamente

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Blumberg +.
TC abdome com trauma hepático e esplênico com moderada quantidade de líquido livre.
Cd: No centro cirúrgico

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**Data/Hora Solicitação:** __/__/__:__ **ESPECIALISTA:****MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

21 FEV 2019

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

21 FEB 2018



NOME DO PACIENTE

Francisco Alves de Mota

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

POE Esplenectomia

1 Tumor abdo. inferior.

ALERGIAS

+ Histeria

1)

MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE

1) Dieta

2) SFO, 9% SÍMUL EV GLEDA leudo

3) Celestine 1g EV GLEDA

4) Depirona 1g EV GLEDA

5) Tumor 100mg + SFO 100. 100mg EV 8/12h leudo

da parte.

6) Tumor 100mg EV 12/12h

7) Paracetamol 500mg EV 8/12h

8) CCGE + SSUV GLEDA

CLÍNICA

ENF. ou APT.

LEITO

OBSERVAÇÕES



0322180906007

RECEBI

Ind de carcer.

21/02/18. Recebido 1.300

ml de diurese por ser

receptivo

08/30 - 100ml de urina por ser

da SPPA. Infusão de 100ml

Dr. Valério Lopes
Clínica Geral
CRM: 21.111

MÉDICO/CRM:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Francisco Alves de Melo		IDADE	anos	DATA	10/10/2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO	23	hs 15	min	TIPO DE ANESTESIA	GERAL	
				RAQUE	BLOQUEIO	PERIDURAL
CIRURGIA REALIZADA	Laparectomia + OT + O					CIRURGIÃO
SINAIS VITAIS	HORÁRIO					
	ADMISSÃO				SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	100 x 65				138 / 78	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	102 bpm				116	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	100%				99%	
TEMPERATURA AXILAR (°C)						
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						
NOME/MATRÍCULA	Luciana				Gomes	

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO											
ESCALA DE DOR ALTA											
TOTAL	09										
ASS.	 Jolyne Alice de Almeida CRP-PA 312.234-87										

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA	NASOG	NASOE
ha	mL	ha	mL	ha	mL	ha	mL
ha	mL	ha	mL	ha	mL	ha	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 23:15h: Admitido na SRPA, em PÓS - laparectomia, sob efeito de anestesia geral. Consciente, orientado, fático. Respira AA, estável. Realizada drenagem de tórax. APV preso, glum, quentes.

23:30h - Alta da SRPA
 Dr. Ronaldo José da Rocha
 SUPERVISOR
 CREN-RJ Nº 264.016

ESCRITURA MÉDICA	ALTA SRPA
	Alcides L.
	HORÁRIO
	 Dr. Alcyon de Lima Neto Médico Anestesiologista CRM-PA 71123 ANESTESIOLOGISTA

ICAMINHAMENTO	() EXTERNO	() SALA DE GESSO	() IMAGENS E GRÁFICOS
DESTINO:	() 1	() 2	() 3
	EMERGÊNCIA PED. UTI:	() PED	() NEURO
	() GERAL	() 4	() QUEIM. CLÍNICA:
	() PED	() ORT	() NEW
	() CIR	() MÉD	



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Francisco Alves da Silva		
Diagnóstico pré-operatório Trauma Esplênico		
Operação - Tipo laparotomia exploradora (Esplenectomia)		
Cirurgião Dr. Marcos	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) Patrícia	Anestesista D. Marcos Vinícius	Anestesia Geral
Anestésico(a)		
Data da Operação 10.10.18	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório Trauma Esplênico		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não

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

- 1) Paciente em DDH sob anestesia geral
- 2) Anestesia + antissepsia + elevação de campo.
- 3) Incisão mediana xifo-púbica + diérese até cavidade
- 4) Inspeção: presença de grande quantidade de sangue na cavidade; lesão esplênica (laceração); laceração hepática de + ou - 2cm em segmento V e VII, laceração zona I pequena
- 5) Realizada aspiração de 1500 ml de sangue de cavidade. 6º) Ressecção de ligamentos esplênopênicos, gastrosplênica. 7º) Fimose + ligadura de hilo esplênico (art. e veia esplênica). ligadura de gastrosplênica curta
- 8) Revisão de câmaras. 9) lesão hepática s/ sangramento
- 10) Sutura dos planos + curativo

Dr. Valério Lopes
Cirurgião Geral
CRM: 711
21 FEV 2019



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: FRANCISCO ALVES F. MOTA

Sala:

Alergia: NãoData: 10/10/18Procedimento: Toracotomia direita + laparotomia + Exploração (Exploratória) de abdômenObservações: ASA I

Agentes	Unid	15	30	45	1h	1h15	30	45	1h	1h15	30	45	1h	1h15	30	45	1h
1 <u>Fentanyl</u>																	
2 <u>Ropivac</u>																	
3 <u>Etomidate</u>																	
4 <u>Succinylch</u>																	
6 <u>Propofol</u>																	
6 <u>Roxadol</u>																	
7 <u>Diazepam</u>																	
8 <u>Atorvast</u>																	
9 <u>Atorvast</u>																	
10 <u>Diprivan</u>																	
11 <u>Atorvast</u>																	
12 <u>Propofol</u>																	
13																	
Oxigênio	<u>SPH1A</u>																
AR/NZO	<u>SPH1A</u>																
Volatil	<u>SOWP</u>																

Acesso Vascular

☒ Periférico USECat. Venoso nº 26 G☐ Dificuldade de acces. venosoGastos cateteres☒ Central USED

Via Aérea

☐ Cateter nasal☒ IOT nº 8,3☐ LMA nº

Monitorização:

☒ Cardioscopia☒ PANI☒ Oxímetro de pulso☒ ETCO2☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa☒ Geral Balanceada☐ Raqui-anestesia☐ Peridural☐ Bloqueio Periférico☐ OutrosDecúbito: DDH

SPO2 (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)	44	46	41	38	36	37	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Aces. Venoso	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>
Aces. Venoso	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>	<u>SA</u>
Diurese																	
Perdas Sanguíneas																	

Descrição da Anestesia:

1. Indução com Propofol 100mg IV, com Fentanyl 100mcg IV e Ropivac 100mg IV. 2. Manutenção com Propofol 100mg IV e Fentanyl 100mcg IV. 3. Etomidate 10mg IV. 4. Succinylch 100mg IV. 5. Atorvast 10mg IV. 6. Diazepam 10mg IV. 7. Atorvast 10mg IV. 8. Propofol 100mg IV. 9. Atorvast 10mg IV. 10. Propofol 100mg IV. 11. Atorvast 10mg IV. 12. Propofol 100mg IV. 13. Atorvast 10mg IV. 14. Propofol 100mg IV. 15. Atorvast 10mg IV. 16. Propofol 100mg IV. 17. Atorvast 10mg IV. 18. Propofol 100mg IV. 19. Atorvast 10mg IV. 20. Propofol 100mg IV. 21. Atorvast 10mg IV. 22. Propofol 100mg IV. 23. Atorvast 10mg IV. 24. Propofol 100mg IV. 25. Atorvast 10mg IV. 26. Propofol 100mg IV. 27. Atorvast 10mg IV. 28. Propofol 100mg IV. 29. Atorvast 10mg IV. 30. Propofol 100mg IV. 31. Atorvast 10mg IV. 32. Propofol 100mg IV. 33. Atorvast 10mg IV. 34. Propofol 100mg IV. 35. Atorvast 10mg IV. 36. Propofol 100mg IV. 37. Atorvast 10mg IV. 38. Propofol 100mg IV. 39. Atorvast 10mg IV. 40. Propofol 100mg IV. 41. Atorvast 10mg IV. 42. Propofol 100mg IV. 43. Atorvast 10mg IV. 44. Propofol 100mg IV. 45. Atorvast 10mg IV. 46. Propofol 100mg IV. 47. Atorvast 10mg IV. 48. Propofol 100mg IV. 49. Atorvast 10mg IV. 50. Propofol 100mg IV. 51. Atorvast 10mg IV. 52. Propofol 100mg IV. 53. Atorvast 10mg IV. 54. Propofol 100mg IV. 55. Atorvast 10mg IV. 56. Propofol 100mg IV. 57. Atorvast 10mg IV. 58. Propofol 100mg IV. 59. Atorvast 10mg IV. 60. Propofol 100mg IV. 61. Atorvast 10mg IV. 62. Propofol 100mg IV. 63. Atorvast 10mg IV. 64. Propofol 100mg IV. 65. Atorvast 10mg IV. 66. Propofol 100mg IV. 67. Atorvast 10mg IV. 68. Propofol 100mg IV. 69. Atorvast 10mg IV. 70. Propofol 100mg IV. 71. Atorvast 10mg IV. 72. Propofol 100mg IV. 73. Atorvast 10mg IV. 74. Propofol 100mg IV. 75. Atorvast 10mg IV. 76. Propofol 100mg IV. 77. Atorvast 10mg IV. 78. Propofol 100mg IV. 79. Atorvast 10mg IV. 80. Propofol 100mg IV. 81. Atorvast 10mg IV. 82. Propofol 100mg IV. 83. Atorvast 10mg IV. 84. Propofol 100mg IV. 85. Atorvast 10mg IV. 86. Propofol 100mg IV. 87. Atorvast 10mg IV. 88. Propofol 100mg IV. 89. Atorvast 10mg IV. 90. Propofol 100mg IV. 91. Atorvast 10mg IV. 92. Propofol 100mg IV. 93. Atorvast 10mg IV. 94. Propofol 100mg IV. 95. Atorvast 10mg IV. 96. Propofol 100mg IV. 97. Atorvast 10mg IV. 98. Propofol 100mg IV. 99. Atorvast 10mg IV. 100. Propofol 100mg IV. 101. Atorvast 10mg IV. 102. Propofol 100mg IV. 103. Atorvast 10mg IV. 104. Propofol 100mg IV. 105. Atorvast 10mg IV. 106. Propofol 100mg IV. 107. Atorvast 10mg IV. 108. Propofol 100mg IV. 109. Atorvast 10mg IV. 110. Propofol 100mg IV. 111. Atorvast 10mg IV. 112. Propofol 100mg IV. 113. Atorvast 10mg IV. 114. Propofol 100mg IV. 115. Atorvast 10mg IV. 116. Propofol 100mg IV. 117. Atorvast 10mg IV. 118. Propofol 100mg IV. 119. Atorvast 10mg IV. 120. Propofol 100mg IV. 121. Atorvast 10mg IV. 122. Propofol 100mg IV. 123. Atorvast 10mg IV. 124. Propofol 100mg IV. 125. Atorvast 10mg IV. 126. Propofol 100mg IV. 127. Atorvast 10mg IV. 128. Propofol 100mg IV. 129. Atorvast 10mg IV. 130. Propofol 100mg IV. 131. Atorvast 10mg IV. 132. Propofol 100mg IV. 133. Atorvast 10mg IV. 134. Propofol 100mg IV. 135. Atorvast 10mg IV. 136. Propofol 100mg IV. 137. Atorvast 10mg IV. 138. Propofol 100mg IV. 139. Atorvast 10mg IV. 140. Propofol 100mg IV. 141. Atorvast 10mg IV. 142. Propofol 100mg IV. 143. Atorvast 10mg IV. 144. Propofol 100mg IV. 145. Atorvast 10mg IV. 146. Propofol 100mg IV. 147. Atorvast 10mg IV. 148. Propofol 100mg IV. 149. Atorvast 10mg IV. 150. Propofol 100mg IV. 151. Atorvast 10mg IV. 152. Propofol 100mg IV. 153. Atorvast 10mg IV. 154. Propofol 100mg IV. 155. Atorvast 10mg IV. 156. Propofol 100mg IV. 157. Atorvast 10mg IV. 158. Propofol 100mg IV. 159. Atorvast 10mg IV. 160. Propofol 100mg IV. 161. Atorvast 10mg IV. 162. Propofol 100mg IV. 163. Atorvast 10mg IV. 164. Propofol 100mg IV. 165. Atorvast 10mg IV. 166. Propofol 100mg IV. 167. Atorvast 10mg IV. 168. Propofol 100mg IV. 169. Atorvast 10mg IV. 170. Propofol 100mg IV. 171. Atorvast 10mg IV. 172. Propofol 100mg IV. 173. Atorvast 10mg IV. 174. Propofol 100mg IV. 175. Atorvast 10mg IV. 176. Propofol 100mg IV. 177. Atorvast 10mg IV. 178. Propofol 100mg IV. 179. Atorvast 10mg IV. 180. Propofol 100mg IV. 181. Atorvast 10mg IV. 182. Propofol 100mg IV. 183. Atorvast 10mg IV. 184. Propofol 100mg IV. 185. Atorvast 10mg IV. 186. Propofol 100mg IV. 187. Atorvast 10mg IV. 188. Propofol 100mg IV. 189. Atorvast 10mg IV. 190. Propofol 100mg IV. 191. Atorvast 10mg IV. 192. Propofol 100mg IV. 193. Atorvast 10mg IV. 194. Propofol 100mg IV. 195. Atorvast 10mg IV. 196. Propofol 100mg IV. 197. Atorvast 10mg IV. 198. Propofol 100mg IV. 199. Atorvast 10mg IV. 200. Propofol 100mg IV. 201. Atorvast 10mg IV. 202. Propofol 100mg IV. 203. Atorvast 10mg IV. 204. Propofol 100mg IV. 205. Atorvast 10mg IV. 206. Propofol 100mg IV. 207. Atorvast 10mg IV. 208. Propofol 100mg IV. 209. Atorvast 10mg IV. 210. Propofol 100mg IV. 211. Atorvast 10mg IV. 212. Propofol 100mg IV. 213. Atorvast 10mg IV. 214. Propofol 100mg IV. 215. Atorvast 10mg IV. 216. Propofol 100mg IV. 217. Atorvast 10mg IV. 218. Propofol 100mg IV. 219. Atorvast 10mg IV. 220. Propofol 100mg IV. 221. Atorvast 10mg IV. 222. Propofol 100mg IV. 223. Atorvast 10mg IV. 224. Propofol 100mg IV. 225. Atorvast 10mg IV. 226. Propofol 100mg IV. 227. Atorvast 10mg IV. 228. Propofol 100mg IV. 229. Atorvast 10mg IV. 230. Propofol 100mg IV. 231. Atorvast 10mg IV. 232. Propofol 100mg IV. 233. Atorvast 10mg IV. 234. Propofol 100mg IV. 235. Atorvast 10mg IV. 236. Propofol 100mg IV. 237. Atorvast 10mg IV. 238. Propofol 100mg IV. 239. Atorvast 10mg IV. 240. Propofol 100mg IV. 241. Atorvast 10mg IV. 242. Propofol 100mg IV. 243. Atorvast 10mg IV. 244. Propofol 100mg IV. 245. Atorvast 10mg IV. 246. Propofol 100mg IV. 247. Atorvast 10mg IV. 248. Propofol 100mg IV. 249. Atorvast 10mg IV. 250. Propofol 100mg IV. 251. Atorvast 10mg IV. 252. Propofol 100mg IV. 253. Atorvast 10mg IV. 254. Propofol 100mg IV. 255. Atorvast 10mg IV. 256. Propofol 100mg IV. 257. Atorvast 10mg IV. 258. Propofol 100mg IV. 259. Atorvast 10mg IV. 260. Propofol 100mg IV. 261. Atorvast 10mg IV. 262. Propofol 100mg IV. 263. Atorvast 10mg IV. 264. Propofol 100mg IV. 265. Atorvast 10mg IV. 266. Propofol 100mg IV. 267. Atorvast 10mg IV. 268. Propofol 100mg IV. 269. Atorvast 10mg IV. 270. Propofol 100mg IV. 271. Atorvast 10mg IV. 272. Propofol 100mg IV. 273. Atorvast 10mg IV. 274. Propofol 100mg IV. 275. Atorvast 10mg IV. 276. Propofol 100mg IV. 277. Atorvast 10mg IV. 278. Propofol 100mg IV. 279. Atorvast 10mg IV. 280. Propofol 100mg IV. 281. Atorvast 10mg IV. 282. Propofol 100mg IV. 283. Atorvast 10mg IV. 284. Propofol 100mg IV. 285. Atorvast 10mg IV. 286. Propofol 100mg IV. 287. Atorvast 10mg IV. 288. Propofol 100mg IV. 289. Atorvast 10mg IV. 290. Propofol 100mg IV. 291. Atorvast 10mg IV. 292. Propofol 100mg IV. 293. Atorvast 10mg IV. 294. Propofol 100mg IV. 295. Atorvast 10mg IV. 296. Propofol 100mg IV. 297. Atorvast 10mg IV. 298. Propofol 100mg IV. 299. Atorvast 10mg IV. 300. Propofol 100mg IV. 301. Atorvast 10mg IV. 302. Propofol 100mg IV. 303. Atorvast 10mg IV. 304. Propofol 100mg IV. 305. Atorvast 10mg IV. 306. Propofol 100mg IV. 307. Atorvast 10mg IV. 308. Propofol 100mg IV. 309. Atorvast 10mg IV. 310. Propofol 100mg IV. 311. Atorvast 10mg IV. 312. Propofol 100mg IV. 313. Atorvast 10mg IV. 314. Propofol 100mg IV. 315. Atorvast 10mg IV. 316. Propofol 100mg IV. 317. Atorvast 10mg IV. 318. Propofol 100mg IV. 319. Atorvast 10mg IV. 320. Propofol 100mg IV. 321. Atorvast 10mg IV. 322. Propofol 100mg IV. 323. Atorvast 10mg IV. 324. Propofol 100mg IV. 325. Atorvast 10mg IV. 326. Propofol 100mg IV. 327. Atorvast 10mg IV. 328. Propofol 100mg IV. 329. Atorvast 10mg IV. 330. Propofol 100mg IV. 331. Atorvast 10mg IV. 332. Propofol 100mg IV. 333. Atorvast 10mg IV. 334. Propofol 100mg IV. 335. Atorvast 10mg IV. 336. Propofol 100mg IV. 337. Atorvast 10mg IV. 338. Propofol 100mg IV. 339. Atorvast 10mg IV. 340. Propofol 100mg IV. 341. Atorvast 10mg IV. 342. Propofol 100mg IV. 343. Atorvast 10mg IV. 344. Propofol 100mg IV. 345. Atorvast 10mg IV. 346. Propofol 100mg IV. 347. Atorvast 10mg IV. 348. Propofol 100mg IV. 349. Atorvast 10mg IV. 350. Propofol 100mg IV. 351. Atorvast 10mg IV. 352. Propofol 100mg IV. 353. Atorvast 10mg IV. 354. Propofol 100mg IV. 355. Atorvast 10mg IV. 356. Propofol 100mg IV. 357. Atorvast 10mg IV. 358. Propofol 100mg IV. 359. Atorvast 10mg IV. 360. Propofol 100mg IV. 361. Atorvast 10mg IV. 362. Propofol 100mg IV. 363. Atorvast 10mg IV. 364. Propofol 100mg IV. 365. Atorvast 10mg IV. 366. Propofol 100mg IV. 367. Atorvast 10mg IV. 368. Propofol 100mg IV. 369. Atorvast 10mg IV. 370. Propofol 100mg IV. 371. Atorvast 10mg IV. 372. Propofol 100mg IV. 373. Atorvast 10mg IV. 374. Propofol 100mg IV. 375. Atorvast 10mg IV. 376. Propofol 100mg IV. 377. Atorvast 10mg IV. 378. Propofol 100mg IV. 379. Atorvast 10mg IV. 380. Propofol 100mg IV. 381. Atorvast 10mg IV. 382. Propofol 100mg IV. 383. Atorvast 10mg IV. 384. Propofol 100mg IV. 385. Atorvast 10mg IV. 386. Propofol 100mg IV. 387. Atorvast 10mg IV. 388. Propofol 100mg IV. 389. Atorvast 10mg IV. 390. Propofol 100mg IV. 391. Atorvast 10mg IV. 392. Propofol 100mg IV. 393. Atorvast 10mg IV. 394. Propofol 100mg IV. 395. Atorvast 10mg IV. 396. Propofol 100mg IV. 397. Atorvast 10mg IV. 398. Propofol 100mg IV. 399. Atorvast 10mg IV. 400. Propofol 100mg IV. 401. Atorvast 10mg IV. 402. Propofol 100mg IV. 403. Atorvast 10mg IV. 404. Propofol 100mg IV. 405. Atorvast 10mg IV. 406. Propofol 100mg IV. 407. Atorvast 10mg IV. 408. Propofol 100mg IV. 409. Atorvast 10mg IV. 410. Propofol 100mg IV. 411. Atorvast 10mg IV. 412. Propofol 100mg IV. 413. Atorvast 10mg IV. 414. Propofol 100mg IV. 415. Atorvast 10mg IV. 416. Propofol 100mg IV. 417. Atorvast 10mg IV. 418. Propofol 100mg IV. 419. Atorvast 10mg IV. 420. Propofol 100mg IV. 421. Atorvast 10mg IV. 422. Propofol 100mg IV. 423. Atorvast 10mg IV. 424. Propofol

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Prontuário:

160321

Internação:

224783

Nome: **FRANCISCO ALVES DA MOTA**

End. Resid.: RUA JOAQUIM LOPES - CENTRO

Cidade: HUGO NAPOLEAO - PI

CEP: 64470-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 24/11/1968	Idade: 49a10m26d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: LAVRADOR
Internação		Alta		Permanência
Data 10/10/2018	Hora 21:40	Data 16/10/18	Hora 12:00	

Diagnósticos: *Trauma de tórax fechado + Trauma de abdômen fechado*

Cod. CID:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

Ente admitido dia 10/10/18, vítima de atropelamento referindo dor torácica intensa associada a dor abdominal difusa ao exame físico

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Ente evoluiu no momento (16/10/18), em bom estado geral, consciente, orientado, Glasgow 15, supine S&O 2:98% em ar ambiente, ambulando, com PO em abdômen limpa, sem sinais inflamatórios, sem glicúria

MEDICAÇÕES: *Prescrição o/paciente (reabilitação)*

CIRURGIA: Data: 10/10/18 Tipo: LE (Exploratório) + Toracotomia e drenagem pleura à D

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: ☒ Curado ☐ Melhorado ☐ Pedido ☐ Evasão ☐ Administrativa
☐ Óbito ☐ Transferência outro serviço ☐ Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Zenon Rocha Filho
Cirurgião Torácico
CRM 728 DPT 099/02.12.13

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE HUGO NAPOLEÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SAMUNDO
CNPJ 06.917.073/0001-21
R. da Independência, 100 - Centro - CEP 04.000-000
Fone: (88) 3296-1111 - Fax: (88) 3296-1112 - e-mail: saude@hugo-napoleao.pi.gov.br



PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

ATENDIMENTO

Atendo para os devidos fins que Geminus Azevedo da Costa, último de idade matriculada em 10/10/18. Possui tórax ligeiramente expandido, com tosse seca, tosse produtiva e dor no tórax. Após exame físico em região anagênica, apresentando um diagnóstico clínico.

Data: 04/02/19

Médico

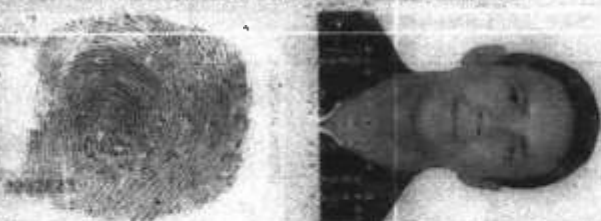
Voltando a consulta queira trazer esta receita
"O aleitamento materno exclusivo é sinônimo de saúde"

21 FEB 2019

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Francisco Alves da Mota

0002834

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

900.716

DATA DE
EMISSÃO

23/11/11

NOME

FRANCISCO ALVES DA MOTA

FILIAÇÃO

MARIA NOGUEIRA DA SILVA
UMBERTO ALVES DA MOTA

NATURALIDADE

HUGO NAPOLEÃO-PI

14/11/1985

DOC. ORIGIN

CERT. CASAM. 394 L 04 F 164

EXP HUGO NAPOLEÃO-PI 15/03/95

CPF

565.103.142-15

ASSINATURA DO TITULAR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 85.210/83

21 FEB 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190162012 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA **Data do acidente:** 10/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA COM PNEUMOTÓRAX E FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA.
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - (LAPAROTOMIA - ESPLENECTOMIA // TORACOSTOMIA COM DRENAGEM) - E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190162012 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA **Data do acidente:** 10/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA COM PNEUMOTÓRAX E FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA. (P9)
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA. (P8)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - (LAPAROTOMIA - ESPLENECTOMIA // TORACOSTOMIA COM DRENAGEM) - E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: FRANCISCO ALVES DA MOTA
RG: 900.716 ORGÃO EMISSOR: SSPP CPF: 565.103.142-15
NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: CASADO PROFISSÃO: LAURADOR
ENDEREÇO: RUA JOAQUIM LOPES Nº 536
BAIRRO: CENTRO CEP: 64470-000 CIDADE/UF: HUGO NAPOLEÃO PI
TELEFONE () () () () () ()

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-PIAUÍ
TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

21 FEV 2019

DPVAT

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 DESTE MADATO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE À:

VITIMA: FRANCISCO ALVES DA MOTA

CPF: 565.103.142-15 DATA DO ACIDENTE 10 / 10 / 18
COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DADS ☐ MORTE

HUGO NAPOLEÃO PI 30.01.19

local e data

Francisco Alves da Mota

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



Reconhecimento de Firma
Mário Marques de Carvalho
Substituto
Hugo Napoleão - PI

Reconheço a Firma de Francisco Alves da Mota

Hugo Napoleão 30/01/2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: FRANCISCO ALVES DA MOTA
RG: 900.716 ORGÃO EMISSOR: SSPP1 CPF: 565.103.142-15
NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: CASADO PROFISSÃO: LAVRADOR
ENDEREÇO: RUA JOAQUIM LOPES Nº: 536
BAIRRO: CENTRO CEP: 64470-000 CIDADE/UF: HUGO NAPOLEÃO PI
TELEFONE () () () () () ()

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 OBRIGATORIO-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 MANDATOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

VITIMA: FRANCISCO ALVES DA MOTA

CPF: 565.103.142-15 DATA DO ACIDENTE: 10/10/18

COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DADS ☐ MORTE

HUGO NAPOLEÃO PI 30.01.19

local e data

Francisco Alves da Mota

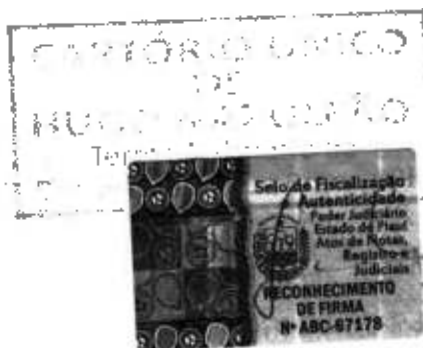
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



Marques de Carvalho
Substituto
Hugo Napoleão - PI

Assinatura de Francisco
Alves da Mota
30/01/2019

Francisco ALVES da Mota



Reconheço a firma de Francisco Alves da Mota
Em 14.03.2019

Antonio Marques de Carvalho
Substituto

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064031/19

Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA

CPF: 565.103.142-15

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ALVES DA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

FRANCISCO ALVES DA MOTA : 565.103.142-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064031/19

Número do Sinistro: 3190162012

Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA

CPF: 565.103.142-15

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ALVES DA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

Procuração

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: 15/03/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190162012

Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ALVES DA MOTA

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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190162012

Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ALVES DA MOTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000888-5

Conta: 000010014942-1

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:

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do Enistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

565.103.142-15

Francisco Alves da Mata

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

Nome completo:

Francisco Alves da Mata

Profissão:

Advogado

Endereço:

Rua Joaquim Lopes

CPF:

565.103.142-15

Número:

536

Coligamento:

Entes

Bairro:

Centro

Cidade:

Hugo Napoleão

Estado:

Paraná

E-mail:

Recusou-se

CEP:

64.400.000

Tel (DDD):

(86) 93381.6008

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

088

(Informar o dígito se existir)

5

CONTA:

14.942

(Informar o dígito se existir)

☒

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinado, 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

 Vítima deixou nascituro (val nascitor)? ☐ Sim ☐ Não

 Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e o arcarem esta obrigação, existindo, entretanto, 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: Hugo Napoleão, PR 07.02.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Francisco Alves da Mata

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

21 FEV 2019

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, 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.**

1588 SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
17/12/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.03.23
3588
SALDO DE POUPANÇA P/ SIMPLES CONTRENTIA

AGENCIA: 0888-5 CONTA: 14.942-
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

VAR OR	SALDO ATUAL	V.A. DEPOSITADO
001 --	0,00C	0,00C
051 --	22,83C	22,83C

FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB.
NÃO DEIXE PARA DEPOIS, APLIQUE JÁ.

1588 SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
17/12/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.03.23
3588
SALDO DE POUPANÇA P/ SIMPLES CONTRENTIA

AGENCIA: 0888-5 CONTA: 14.942-
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

VAR OR	SALDO ATUAL	V.A. DEPOSITADO
001 --	0,00C	0,00C
051 --	22,83C	22,83C

FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB.
NÃO DEIXE PARA DEPOIS, APLIQUE JÁ.

DEPOSITADO

21 FEV 2019

DEPOSITADO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000053/2019-81

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 31/01/2019 - 10:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

10/10/2018 - 15:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

BR. 343 PRÓXIMO AO ACESSO DO LIXÃO DE ÁGUA BRANCA, Nº: S/N

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 900.716 SSP PI

Mãe: MARIA NOGUEIRA DA SILVA

Pai: UMBERTO ALVES DA MOTA

Endereço: RUA JOAQUIM LOPES, Nº 064

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: HUGO NAPOLEÃO

Telefone(s): 66-9406-2031

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante compareceu a esta delegacia de polícia civil, para comunicar um acidente de trânsito, relata o notificante que estava acompanhando um rebanho de gado, quando veio um veículo não identificado, bateu no notificante e evadiu-se do local, sem prestar socorro, esta ocorrência foi verificada na BR - 343; os populares ao passar no local do fato, recolheu o notificante e levou para o hospital se Água Branca; o médico de plantão examinou e transferi para um hospital de Teresina; o notificante fratura cinco (05) costelas, perfurou o pulmão e fígado. Diante do exposto pede providencia por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920
AGENTE DE POLÍCIA

Gregório Luiz De Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 0096920

Francisco Alves da Mota

FRANCISCO ALVES DA MOTA - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

21 FEV 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Enistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **565.103.142-15** Nome completo da vítima: **Francisco Alves da Mata**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **Francisco Alves da Mata** CPF: **565.103.142-15**
 Profissão: **Advogado** Endereço: **Rua Joaquim Lopes** Número: **536** Complemento: **Centro**
 Bairro: **Centro** Cidade: **Hugo Napoleão** Estado: **Piauí** CEP: **64.400-000**
 E-mail: **Recusou-se** Tel (DDD): **(86) 93381-6008**

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **088** **5** CONTA: **14.942** **X**

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Felo motivo assinado, concordo 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (val nascitor)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e o arcarem esta obrigação, existindo, entretanto, 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: **Hugo Napoleão, PI 07.02.2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Francisco Alves da Mata

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: **21 FEV 2019**

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, 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.**

1588 SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
17/12/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.03.23
3588
SALDO DE POUPANÇA P/ SIMPLES CONTRENTIA

AGENCIA: 0888-5 CONTA: 14.942-
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

VAR OR	SALDO ATUAL	V.A. DEPOSITADO
001 --	0,00C	0,00C
051 --	22,83C	22,83C

FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB.
NÃO DEIXE PARA DEPOIS, APLIQUE JÁ.

1588 SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
17/12/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.03.23
3588
SALDO DE POUPANÇA P/ SIMPLES CONTRENTIA

AGENCIA: 0888-5 CONTA: 14.942-
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

VAR OR	SALDO ATUAL	V.A. DEPOSITADO
001 --	0,00C	0,00C
051 --	22,83C	22,83C

FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB.
NÃO DEIXE PARA DEPOIS, APLIQUE JÁ.

DEPOSITADO

21 FEV 2019

DEPOSITADO



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR D MENDES ARCOVERDE
CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02



USUÁRIO:
VANESSA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 83

21

DATA: 10/10/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

HORA: 15:15:11

COD.: 36605 Paciente: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Nasc.: 14/11/1968

Raça: 003

Idade: 49 Anos, 10 Meses e 25 Dias.

Nome do Pai: UMBERTO ALVES DA MOTA

Nome da Mãe: MARIA NOGUEIRA DA SILVA

Sexo: M Telefone: (86)99550-8865

Cep: 64470000

Endereço: RUA JOAQUIM LOPES

Bairro: CENTRO

Numero: 63

Município: HUGO NAPOLEAO

UF: PI

IBGE Mun.: 2204600

Nacionalidade: BRASILEIRO(A)

Município Nascimento: HUGO NAPOLEAO

UF: PI

CNS: 898002378383446

RG Nº: 900716

Orgão Emissor: SSP PI Data Emissão: 23/11/2012

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 482577 Data: 10/10/2018 15:15:11

Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros

Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência

Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

ACIDENTE

HISTÓRICO CLÍNICO:

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

Gerardo de M. R. Soares
Médico
CRM 1.661

DR. GERALDO DE MAJELLA R SOARES

CRM.: CRM - PI 661

CNS: 107338864900005

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital