

Conteúdo: x | Audiência: x | Upload: x | Conteúdo: x | Pje: Consu: x | 08013: x | Download: x | WhatsApp: x | (1) Wi: x | Tribuna: x | Sistema: x | Portal: x | + | - | x

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=470992&ica=ae438f7b2accb870abfcc3b0e8837c7... 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 0801393-70.2020.8.18.0026
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

9709419 - CONTESTAÇÃO (2719943 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/05/2020 17:29:42

14 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9709410 - CONTESTAÇÃO
 - 9709419 - CONTESTAÇÃO (2719943 CONTESTACAO 01)
 - 9709424 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719943 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9709425 - Procuração (procuracao atos subs 2016 (2))
 - 9709427 - Documentos (CARTA DE PREPOSTO)
 - 9709428 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBS)

17:29

2719943- C3/ 2020-01857/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08013937020208180026

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

15. RI Nº 0021153-....pdf | 2378453_CONTES....pdf | online.html | protocolo.pdf | protocolo.pdf | Exibir todos

17:30 14/05/2020



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

Processo: 08013937020208180026

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 **MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA**, 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 **19/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **15/08/2019**.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 15/08/2019 após 4 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 19/04/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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

Número: 3190503488	Cidade: Jatobá do Piauí	Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA	Data do acidente: 19/04/2019	Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO II,III E IV METATARSOS À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K-PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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

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

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

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

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

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

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

Ante o exposto, deve o feito 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 19/04/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00232

CONTA: 000000006879-2

Nr. da Autenticação 96947F516FB1A265

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020

www.joaobarbosaadvass.com.br

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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

inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸**art. 1º. (...)**

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

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,

CAMPO MAIOR, 14 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexó 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 seqüela 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 seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

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 **MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **CAMPO MAIOR**, nos autos do Processo nº 08013937020208180026.

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
E AUTOMOBILISMO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1654719689

PROIBIDO PLASTIFICAR
1654719689

NOME
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / CNH / RENOVAR
1302741 SEP PI

CPF
514.721.553-00

DATA NASCIMENTO
19/01/1972

PRACÇÃO
FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. DIR.
A

IP PROVEDOR
03908539648

VALIDADE
03/09/2023

EMISSÃO
11/09/2006

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Portador
Marcilio Ribeiro de Oliveira

LOCAL
CAMPO MAIOR, PI

DATA DE EMISSÃO
11/09/2019

10746535005
PI320658764

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

DEPARTAMENTO
DE SEGUROS
28 AGO 2019
DDEAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
E AUTOMOBILISMO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1654719689

PROIBIDO PLASTIFICAR
1654719689

NOME
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / CNP. EMISSOR
1302741 SEP PI

CPF
814.721.553-00

DATA NASCIMENTO
19/01/1972

PRACÇÃO
FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
A

ACC
A

CAT. DIR.
A

IP. REGISTRO
03908539648

VALIDADE
03/09/2023

EMISSÃO
11/09/2006

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Portador
Marcilio Ribeiro de Oliveira

LOCAL
CAMPO MAIOR, PI

DATA DE EMISSÃO
11/09/2019

10746535005
PI320658764

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

DEPARTAMENTO
DE SEGUROS
28 AGO 2019
DDEAT

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

NOME
 JOSE DE SAUDE MORAES

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR
 2724200 SSP PI

CPF
 048.056.943-60

DATA NASCIMENTO
 12/04/1990

FULCRO
 ANTONIO FRANCISCO
 MORAES
 AMA CELIA DE MACEDO
 MORAES

NÚMERO
 03983348911

VALIDADE
 20/04/2020

VALIDADE
 20/07/2010

OBSERVAÇÃO

JOSE DE SAUDE MORAES

LOCAL
 CAMPO ALEGRE

DATA DE EMISSÃO
 24/04/2015

10051773847
 PI315542144

DETRAN PI (PIAUÍ)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1087240743

PROTEÇÃO PLASTIFICAR
 1087240743

CORRETORA
 DE SEGUROS

28 AGO 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503488 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO II,III E IV METATARSOS À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K-PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503488 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO II,III E IV METATARSOS À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K-PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA
RG: 3302742 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 514.721.553-00
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: LAURADOR
Endereço: RUA JISA CHILLO CACTAND Nº 372
Bairro: CENTRO Cep: 64.275-000 Cidade/UF: JATUBÁ DO PIAUÍ
Telefone: (86) 98450 1584 () ()

OUTORGADO:

Nome: JOSE DE MATEO MORAES
RG: 2.724.200 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 048.056.943-60
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: RUA BENJAMIN CONSTANT Nº 852
Bairro: CENTRO Cep: 64.280-000 Cidade/UF: CAMPO MAIOR - PI
Telefone: (86) 98450 3338 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem 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 mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: 514.721.553-00

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

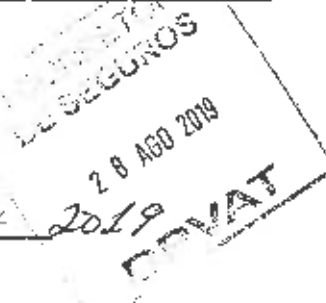
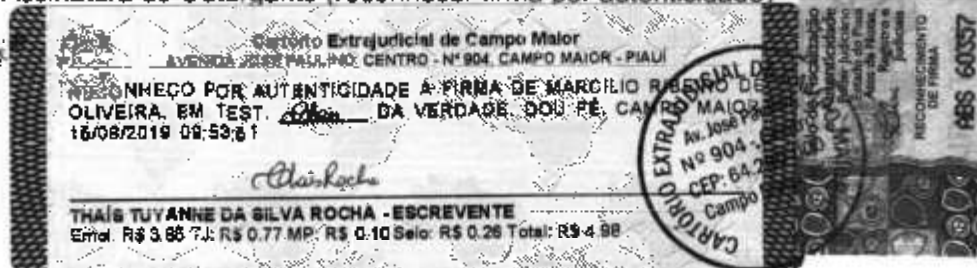
CAMPO MAIOR - PI 19 DE ABRIL DE 2019

Local e data



CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
DE CAMPO MAIOR-PI
Thaís Tuiyane da Silva Rocha
Escritor

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296735/19

Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: 514.721.553-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/04/2019

Titular do CPF: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE DE MACEDO MORAES : 048.056.943-60

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

MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA : 514.721.553-00

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: 28/08/2019
Nome: JOSE DE MACEDO MORAES
CPF: 048.056.943-60

JOSE DE MACEDO MORAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00232

CONTA: 000000006879-2

Nr. da Autenticação 96947F516FB1A265

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503488

Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000232

Conta: 000006879-2

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



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503488

Vítima: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 514.721.553-00 4 - Nome completo da vítima: Marcilio Ribeiro de Oliveira

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

5 - Nome completo: Marcilio Ribeiro de Oliveira 6 - CPF: 514.721.553-00
7 - Profissão: Curador 8 - Endereço: Rua Vitoriano de Castro 9 - Número: 372 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jateba do Leste 13 - Estado: Pernambuco 14 - CEP: 64745-000
15 - E-mail: (86) 98150-1581

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0232 CONTA: 6879

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 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 da lesão permanente decorrente 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: Antonio Wilson Pereira CPF: 005.142.723-29

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Antonio Francisco de Jesus Oliveira CPF: 022.929.503-46

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Termina, 11/08/2018
Marcilio Ribeiro de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000047/2019-38

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Sara Uchoa Barros

Data/Hora: 15/08/2019 - 10:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JATOBÁ DO PIAUÍ

Endereço

RUA VIGIA CHICO CAETANO, Nº:

Complemento

RUA VIGIA CHICO CAETANO

Data/Hora

19/04/2019 - 23:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PRÓXIMO À RESIDÊNCIA DO SENHOR RAIMUN

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

RG: 1302741 PI

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Endereço: RUA VIGIA CHICO CAETANO, Nº 372

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG150 FAN ESDI

2015 PIF3067

9C2KC1680FR508435

01020647512

Vermelha

Condutor: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

RG: 1302741 Órgão: UF RG: PI

End: RUA VIGIA CHICO CAETANO Número: 372 Complemento:

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: FRANCISCO CELESTINO DA SILVA

Cidade: CAMPO MAIOR UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA PARA NOTICIAR QUE "NO DIA 19 DE ABRIL DE 2019 POR VOLTA DAS 23:00 HORAS QUANDO O NOTICIANTE TRAFEGAVA NA RUA VIGIA CHICO CAETANO, CENTRO, JATOBÁ DO PIAUÍ CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA E QUE JÁ PRÓXIMO À SUA RESIDÊNCIA FOI SURPREENDIDO POR A INVASÃO DE UM CACHORRO E QUE O NOTICIANTE AO TENTAR DESVIAR DO MESMO PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR ;QUE DO ACIDENTE O NOTICIANTE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURAS EXPOSTAS NO PÉ ESQUERDO; DE ACORDO MOSTRA CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO APRESENTADO, QUE DO LOCAL DO ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM LOGO APÓS O ACIDENTE E LEVADO PARA A CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI, ONDE O MESMO DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL; FOI ATENDIDO POR O DR. ELENILSON LAGES CRM-PI 4121 E TRANSFERIDO COM CARÁTER DE URGÊNCIA PARA O HUT EM TERESINA-PI PARA MELHORES AVALIAÇÕES MÉDICAS; QUE POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Sara Uchoa Barros - Mat.
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

Sara Uchoa Barros

TAAPC

Mat. 039914-X

Marcilio Ribeiro de Oliveira
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 514.721.553-00 4 - Nome completo da vítima: Marcilio Ribeiro de Oliveira

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

5 - Nome completo: Marcilio Ribeiro de Oliveira 6 - CPF: 514.721.553-00
7 - Profissão: Curador 8 - Endereço: Rua Vitoriano de Castro 9 - Número: 372 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Jateba do Leste 13 - Estado: Pernambuco 14 - CEP: 64745-000
15 - E-mail: (86) 98150-1581

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0232 CONTA: 6879

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 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 da lesão permanente decorrente 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: Antonio Wilson Pereira CPF: 005.142.723-29

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Antonio Francisco de Jesus Oliveira CPF: 022.929.503-46

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Jateba - PE 2808-28
Marcilio Ribeiro de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: - RG: - SUS: 898002979707882

Nasc.: 13/01/1972 Idade: 47 ANOS, 3 MESES, 6

Telefone: (86) 9815-04738

Civil:

CEP: 64275

End.: R-VIGIA CHICO CAETANO, 372 -

Bairro: CENTRO

Cidade: JATIBA DO PIAUI/PI

IBGE: 2205276 Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Pai:

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 4121 - ELENILSON TORRES LAGES

Responsavel: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 120 x 80

GC - 156

Procedimentos

19/04/2019 23:47 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipotese Diagnostica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditario:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos e exames realizados:

INSTITUTO
DE SEGUROS

28 AGO 2019

Ass. Técnico

3) D. PIPKON (500g/ul) Zamplos + 1 can L

AD, Er lento e

4) Cr. 6 Er. 1g 2 Zamplos

+ 8ul AD, Er lento e

5) AFO, 5% - 500ul Er não do

6) AFO, 5% - 500ul Er + 35gts/men

Fratura de III e IV pat. torax

8) Sifilise - Sifilise de Oliveira



Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
AV. MARANHÃO, 759 - CENTRO SUL - TERESINA
CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Emitida conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL NF: 26.128.568

SILDIANE FERREIRA RUBIM
R. VIGIA CHICO CAETANO, 372 - 372
B-URBANO

84275-000 JATUBA DO PIAUÍ

PI

CÓDIGO ÚNICO 153682-1	MÊS AGO/2019	PERÍODO DE CONSUMO 19/7/2019 a 20/8/2019
CONSUMO (kWh) 55	VENCIMENTO 27/08/2019	TOTAL A PAGAR 33,04

OBSERVAÇÕES

- Esta impressão destina-se exclusivamente para pagamento e não é cobrada
- Atraso no pagamento será cobrado em conta futura com multa de 2,00% e juros de mora de 0,03% ao dia e correção monetária pelo Índice IGP-M
- Ligação gratuita: 0800-086-0800

autenticação mecânica

recorte aqui

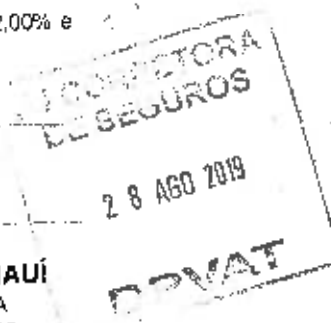


Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
AV. MARANHÃO, 759 - CENTRO SUL - TERESINA
CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

CÓDIGO ÚNICO 153682-1	MÊS AGO/2019	TOTAL A PAGAR 33,04
---------------------------------	------------------------	-------------------------------

836600000001.330400170008.000000001537.662108190056



equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 789 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-00 | Ins. Estadual: 19.301.383-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - série 6-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEMARZ 04/98

Para contato
consumo, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

018396071

Nº da Nota Fiscal

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

CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
238	220,77

LEANDRO PAIXÃO TORRES

R. BENJAMIN CONSTANT 852 CENTRO

CENTRO

CNPJ: 000000000000000000 IE: 1453887

CEP: 64.000-000 - CAUPE MAIOR

Atual:	42435	Atual:	13/03/2019
Anterior:	42107	Anterior:	11-02-2019
Coeficiente de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	11-04-2019
Consumo Medido:	238	Encerrado:	12-03-2019
Consumo Retornado:		Apresentação:	13-03-2019
Forma de Faturamento:		Data de Consumo:	13-03-2019

Grupo/Classe	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Res.	Módulo VI med.
000000000000000000					

Máximo consumo

FEV/19	245	CONSUMO	238 A R\$ 0,927609 =	220,77
JAN/19	212	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		39,04
DEZ/18	221	MULTA POR ATRASO 01/19-00		3,93
NOV/18	321	JUROS POR ATRASO 01/19-00		1,63
OCT/18	704			
SET/18	1601			
AGO/18	1175			
JUL/18	91			
JUN/18	638			
MAI/18	436			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 239 - 0,927609

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 AGO 2019
DPVAT

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 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.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, ABERIA, 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

José de Macedo Moraes

inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.056.943 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcelo Ribeiro de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 54.721.553 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Marcelo Ribeiro de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 54.721.553 / 00, 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: Rua Benjamin Constant

Número: 852

Complemento: _____

Bairro: Centro

Cidade: Campo Maior

Estado: Piauí

CEP: 64.280-000

E-mail: _____

Tel (DDD): (86) 48150-3338

Local e Data:

Campo Maior (PI) 23.08.2019

José de Macedo Moraes
Assinatura do Declarante

COMPETÊNCIA
DE SEGUROS

28 AGO 2019

DPVAT

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 35

Eu, FRANCISCO CELESTINO DA SILVA

RG nº 368167100, data de expedição 16/08/18,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 938.088.953-49,

com domicílio na cidade de CAMPO MAIOR - PI, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA VISTA, nº 213,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MARILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA, cujo o condutor era

MARILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG150 FAN ESD1 Ano: 2014/2015

Placa: PIF-3067 Chassi: 9C2KC1680FR508435

Data do Acidente: 19/04/19

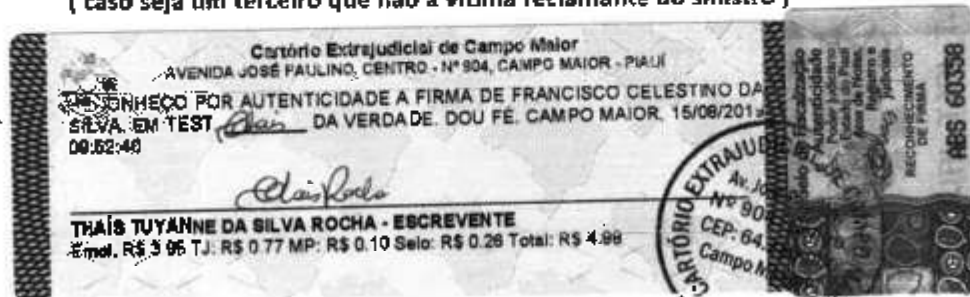
Local e Data: CAMPO MAIOR - PI, 15 DE AGOSTO DE 2019

Francisco Celestino da Silva

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
DE CAMPO MAIOR-PI
Thais Tuiyanna da Silva Rocha
Escritura



MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: - RG: - SUS: 898002979707882

Nasc.: 13/01/1972 Idade: 47 ANOS, 3 MESES, 6 Telefone: (86) 9815-04738

Civil:

CEP: 64275

End.: R-VIGIA CHICO CAETANO, 372 -

Bairro: CENTRO

Cidade: JATOBA DO PIAUI/PI

IBGE: 2205276 Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Pai:

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 4121 - ELENILSON TORRES LAGES

Responsavel: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 120 x 80

GC - 156

Procedimentos

19/04/2019 23:47 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipotese Diagnostica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditario:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos e exames realizados:

INSTITUIÇÃO DE SEGUROS
28 AGO 2019
Ass. Técnico

3) DÍPIKONA (500g/uc) 2amplos + 1ml

AD₄ EV lenta e

4) Cl₂ 600mg 1g 2amplos

+ 8ul AD₄ EV lenta e

5) AF₀, 8% - 500ul EV n^o 1 do 11/04/19

6) AF₀, 8% - 500ul EV ± 35gto/n^o 1

Fratura de III e IV metatarsos

Dr. Elenilson Torres Lages
CRM-PI 4121

PITAT

04.05.2019 *El Compendio* 1 p. 107 no con delivery
de Compendio Q1 vende. PA: 13000 mm.

Compendio de Compendio
13000 mm.

COMPRETORA
EL SEGURO
28 AGO 2019
PRVAT

FICHA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS
(SALA DE PEQUENA CIRURGIA)

Nome: Dr. Marcelo Ribeiro de Almeida Data: 29/08/10 Hora: 0

Procedimento: Exatib

MATERIAIS	QUANT.	MEDICAÇÕES	QUANT.	MEDICAÇÕES	QUANT.
AGULHA Nº		ADRENALINA		USO TÓPICO	
ATADURA 15 CM	01	AMINOFILINA		KOLAGENASE	
ADAPTADOR PARA EQUIPO (MULTIVIA)		ATROPINA		NEOMICINA	
BOLSA COLETORA		ÁGUA DESTILADA		NITROFURAZONA	
BORRACHA 02 (LÁTEX)		BROMOPRIDA		RIFOCINA SPRAY	
CATETER O ₂		BUSCOPAN COMPOSTO		SULFADIAZINA DE PRATA	
COMPRESSA		CIMETIDINA		SOLUÇÕES	
EQUIPO HEMOTRANSFUSÃO		DEXAMETASONA		ÁLCOOL IODADO	
EQUIPO MACROGOTAS		DIPIRONA		ÁLCOOL 70%	
ESPARADRAPO	1	EFORTIL		POVIDINE DEGERMANTE	
FIO CATEGUTE SIMPLES Nº	5	FUROSEMIDA		POVIDINE TÓPICO	2
FIO CATEGUTE CROMADO Nº		GLICOSE 50%		S. FISIOLÓGICO 0,9%	1
FIO NYLON Nº		HEPARINA		SORO GLICOSADO 5%	
FIO ALGODÃO Nº		HIDRÓCORTISONA 100 MG		SOLUÇÃO DE ISOCEL	
GAZES	03	HIDROCORTISONA 500 MG		SOL. MANITOL	
JELCO Nº		PLASIL		RINGER LACTATO	
LÂMINA DE BISTURI		TRANSAMIN		VASELINA	
LUVAS PROCEDIMENTO Nº	01	VITAMINA K		APARELHAGEM	
LUVAS ESTÉREIS Nº		VOLTAREN		ASPIRADOR	
MICROPORE		ANESTÉSICOS		BISTURI ELÉTRICO	
PACOTE DE CATETERISMO		LIDOCAINA SEM VASO		ESTERILIZAÇÃO	
PACOTE SUTURA		LIDOCAINA COM VASO		FOCO CIRÚRGICO	
SCALP Nº		XILOCAINA SPRAY		SALA PEQ. CIRURGIA	
SERINGAS 1 ML		XILOCAINA GELEIA			
SERINGAS 5 ML		COLÍRIO OFTÁLMICO		OUTROS	
SERINGAS 10 ML		PSICOTRÓPICOS		OXIGÊNIO	
SERINGAS 20 ML		CLORPROMAZINA		DRENO	
SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº		DIAZEPAN			
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº		DOLANTINA			
SONDA FOLEY Nº		FENOBARBITAL			
SONDA ASPIRAÇÃO Nº		HALOPERIDOL			
SONDA RETAL Nº		HIDANTAL			
SONDA URETRAL Nº		MORFINA			

ENFERMEIRO (A)

MÉDICO

AUX/TEC. ENFERMAGEM



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

INSTITUTO
DE SEGUROS

28 AGO 2019

EDMAT

NOME DO PACIENTE: Marcelo Ribeiro de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508864

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 URGENCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 20/04/2019 06:35:01

(User: EDUARDO)

(Sessão: 6555002)

Nome: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA		Prontuário: 508864	
Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA		Pai:	
End.Resid.: RUA VIGIA CHICO CAETANO 372 - CENTRO - JATOBA DO PIAUI - PI - CEP: 64275-000			
Nascimento: 13/01/1972	Idade: 47a3m7d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98150-4731
Responsável: SIDIANE FERREIRA		CNS: 898062979707882	
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: 514.721.553-00	
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 717777	Entrada: 20/04/2019 06:29:09	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV: (Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,80 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: TRAUMA EM P.E. SOLICITO RX			

Diagnóstico Inicial: ?	Exames Complementares:
----------------------------------	-------------------------------

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: / / HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CRM PI - 4809 Em: 20/04/2019 06:35:00

Informações Gerais

 Paciente: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - 898002979707882 - 13/01/1972 (47 anos), Jatobá do Piauí. Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA (/pacientes/218730)

 Leito:

 Class. Risco: Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

Hospital Regional De Campo Maior (Campo Maior/PI)

Médico Solicitante

ELENILSON TORRES LAGES

Usuário Solicitante

Usuário Padrão - Infoway

Senha

Observação solicitante

Caráter

Urgência

Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

CIDs

Fratura de ossos do metatarso

Procedimentos

Descrição Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA HÁ 1H, COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ ALCÓOLICA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E, COM CONTIGUIDADE COM FRATURA DE III E IV METATARSO E, EVIDENCIANDO-SE FRATURA EXPOSTA DE PÉ E POR CONTINUIDADE DE FRATURA COM FERIMENTO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E.

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO REALIZADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 156

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

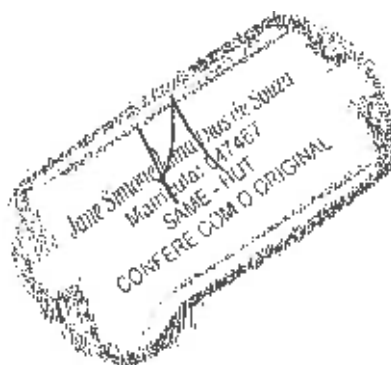
Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

SECRETARIA
DE SEGURANÇA

28 ABO 2019

SECRETARIA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATORIO - SRPA

NOME Marcia Ribeiro de Almeida IDADE 47 anos DATA 20/04/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 09 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIÃO U. Lencina
 CIRURGIA REALIZADA fixação de 2^a, 3^a e 4^a metatarso (E)

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>110 x 64</u>	<u>105/60</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>95</u>	<u>94</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>610</u>	<u>01</u>

ÍNDICE DE ALORETTE 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 ☐
	Tem 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 80%	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						
ESCALA DE DOR SAÍDA						
TOTAL	<u>09</u>					<u>10</u>

Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 157387

Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 157387

() Sonda Vesical		() Dreno de Sucção		() 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:

09:00 - Admitida em RPA no Poi de fixação de 2^a, 3^a e 4^a metatarso (E). Consciente, orientada, sob cto de respiratório, expulso, segue ar ambiente, sem apnéia de O₂.

Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 157387

Jane Simone Lima de Sousa
 Matrícula 047467
 SAGE - PI
 COREN-PI 0919

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Adriano Bastos de O. Costa
 MÉDICO
 CRM-PI 0919

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

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



No. da Autorização de Internação Hospitalar (A19)

237340

391993

JUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
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: 237340
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA				6 - Prontuário: 508864			
7-CNS:	898002979707882	8-Nascimento:	13/01/1972	9-Sexo:	Masculino	CPF:	514.721.553-00
11-Mãe:	FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA					12-Fone:	86-98150-4731
13-Resp:	SIDIANE FERREIRA					14-Cor:	Amarela
15-Endor:	RUA VIGIA CHICO CAETANO 372 - CENTRO - CEP: 64275-000						
16-Munic:	JATOBA DO PIADI	17-Cod.UBGE:	220527	18-UF:	PI	19-CEP:	64275-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Febre alta de 38,5°C de modo intermitente e de - fútil - por 6 dias</i>	28 AGO 2019
---	-------------

21 - Condições que justificam a internação: <i>14 dias</i>	24-CID-Prin: S923	25-CID Sec.: S923	26-CID C.Aux.: S923
---	--------------------------	--------------------------	----------------------------

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Lo</i>	24-CID-Prin: S923	25-CID Sec.: S923	26-CID C.Aux.: S923
--	--------------------------	--------------------------	----------------------------

23-Diagnóstico Inicial: Fratura de ossos do metatarso	27-Processamento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSALIANOS	Tempo SUS 3
---	--	-----------------------

28-Cod.Proced.: 0408050462	29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: 02	32-Doc. Méd. Solic.: 02	33-Data Solicitação: 20/04/2019	34-Data Solicitação: 20/04/2019	35-Ass.: WILANILDO L. COSTA
-----------------------------------	-----------------------	-------------------------------	----------------------	--------------------------------	--	--	------------------------------------

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: <i>Dr. Marília da Silva Leal</i>	47-Data Autorização: 13/05	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento: 13105	50-Data Autorização: 13/05	51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Dr. Marília da Silva Leal</i>	Usuário: LARISSA ARAUJO	Consulta Local: 71777	Consulta SUS:	Impressão: 20/04/2019 09:23:29
--	--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------------	------------------------------	---------------	---------------------------------------

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 197991

AIH: 2219100274380



FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CNES

7564963

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898002979707882	NOME DO PACIENTE MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA	NASCIMENTO 13/01/1972	SEXO M	PRONTUÁRIO 508664
DOCUMENTO CPF 86981950849	TELEFONE 86981950849	NOME DA MÃE FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA	RESPONSÁVEL SIDIANE FERREIRA	
CEP 64000000	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA VIGIA CHICO CASTANO, 372, CENTRO, JATOBA DO PIAUI, PI	NUMERO / LOTE 372		
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO JATOBA DO PIAUI	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E, COM CONTIGUIDADE COM FRATURA DE III E IV METATARSO E, EVIDENCIANDO-SE FRATURA EXPOSTA DE PÉ E POR CONTINUIDADE DE FRATURA COM FERIMENTO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
CIRURGIAPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

28 AGO 2019

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050462 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER
URGENCIADATA SOLICITAÇÃO
20/04/2019WILANTONIO LIMA COSTA
CPF: 80461468387

CRM:

DATA ADMISSÃO
20/04/2019 06:29DATA ALTA
21/04/2019 09:00MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	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 CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 37320645000

CRM:

DATA ANALISE: 20/04/2019 13:43:37

CPF

JOSE

SANTOS

FILHO

CRM

37320645000

DATA

ANALISE

20/04/2019

13:43:37

ASSINATURA

DO

PACIENTE

OU

RESPONSÁVEL

DATA

ANALISE

20/04/2019

13:43:37

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Wltonio Ribeiro d. Oliveira

Diagnóstico pré-operatório

Fx 2, 3, 4. Metatarso E

Operação - Tipo

Lum + Fx 2, 3, 4. Metatarso E

Cirurgião

Dr. Wltonio L. Costa

1º Assistente

Res. Cl

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

neyrismar

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O Wms

Relatório Imediato do Patologista

28 AGO 2019

Acidente Durante a Operação

Não houve

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

1. Fx 2, 3, 4. Metatarso E
2. Mandril + Agulha + Agulha
3. Fx 2, 3, 4. Metatarso E
4. Relizar fixação de ligamento de triquetrum
5. Relizar fixação de ligamento de triquetrum
6. Sutura final e Wms

Dr. Wltonio L. Costa
CRM: 4740/CON-MG 6863
TEST: 12323

FHTFundação Hospitalar
de Teresina**SUS**Prefeitura de
Teresina

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 20/04/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

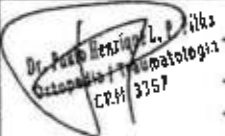
NOME DO PACIENTE: <u>Wenceslau Ribeiro do Amaral</u>	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: <u>F. de 2, 3, 4. M. b. l. e. f.</u>	CIRURGIA: <u>Inc + Excep a FK</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wenceslau Costa</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Neelysma</u>	CPF Nº:

Dr. Wenceslau Costa
CRM-PI 47401/2014-MA 8563
FEOT 13019

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8-6 6,5	PAR	02	cade
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	2 8 AGO 2019
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Colaterais Oculares 11	01	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	JOÃO GOMES DA SILVA Matrícula: 47487 SANE - FHT CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Benedicta</u>			
PROLENE							



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA		508864	13/01/1972	47	Ortopédica	235	246	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 20/04/2019	FRAT 2°3°4° MTT E							
21/04/19								
	1 Dieta oral livre							
	2 Jelco salinizado							
	3 cefalotina 1g+ AD EV 6/6H							
	4 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
	5 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
	6 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs							
	7 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
	8 Cuidados gerais e sinais vitais							
 Dr. Paulo Henrique L. P. Silva Ortopedia e Traumatologia CRM 3357								
								
Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367								

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO		PREScrição MÉDICA	Ortopédica		0361246	
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES		
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA					
3	CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS					
4	RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8\8 h					
5	DIPIRONA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6 h					
6	TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12h					
7	TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN					
8	CUIDADOS GERAIS					

RAIO-X REALIZADO
 DATA: 29/02/2019
 Técnico: [assinatura]

[Handwritten notes and signatures in the observation column]

Dr. Wilmarildo L. Costa
 CRM-P1 47497/RJ MA 6563
 TEOT: 13553

FOLHA DE ANESTESIA

FOLHA DE ANESTESIA										UNIDADE DE SAÚDE										Nº DE REGISTRO																																																																																									
NOME DO PACIENTE										MARCELO RIBEIRO										De 02/08/2019																																																																																									
DATA:										20/04/19										30x70x70																																																																																									
EXAMES DE SANGUE										P. ARTERIAL										PULSO										RESPIRAÇÃO										TEMPERATURA										PESO										ALTURA																																																	
EXAMES DE URINA										GR. SANGÜÍNEO										HEMATIMETRIA										HEMOGLOBINEMIA										HEMATOCRITOS										GLICEMIA										DOS. URÉIA																																																	
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA										SISTEMA CIRCULATÓRIO										SISTEMA RESPIRATÓRIO										SISTEMA DIGESTIVO										ESTADO MENTAL										DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO										PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)										APLICADO AS										ELETROCARDIOGRAMA										ASMA										BRONQUITE									
AGENTES ANESTÉSICOS										OXIGÊNIO										SO-UTO										SANGUE										OUTROS										TOTAL DE DOSES										2 8 AGO 2019																																																	
LÍQUIDOS										TEMPERATURA										Cº										P. ARTERIAL										V O										PULSO										INÍCIO E FIM ANESTESIA										INÍCIO E FIM OPERAÇÃO										RESPIRAÇÃO										DURAÇÃO																			
SÍMBOLOS										INCIDENTE - ACIDENTE										TÉCNICAS										OPERACÕES										CIRURGIÕES										ANESTÉSISTAS										CONDICÕES POS-OPERATÓRIO										IMEDIATAS										SANE - AUT										COM O ORIGINAL																			
PARTICULARIDADES										Dr. Adriano Cordeiro										Anestesiologista										CRM PI 4033										Júlio										Anestesiologista										CRM PI 4033										SANE - AUT										COM O ORIGINAL																													

MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

CPF: - RG: - SUS: 898002979707882

Nasc.: 13/01/1972 Idade: 47 ANOS, 3 MESES, 6

Telefone: (86) 9815-04738

Civil:

CEP: 64275

End.: R-VIGIA CHICO CAETANO, 372 -

Bairro: CENTRO

Cidade: JATOBA DO PIAUI/PI

IBGE: 2205276 Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Pai:

Clinica: ACOHIMENTO

Documento: 4121 - ELENILSON TORRES LAGES

Responsavel: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 120 x 80

GC - 156

Procedimentos

19/04/2019 23:47 0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipotese Diagnostica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditario:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos e exames realizados:

INSTITUIÇÃO DE SEGUROS
28 AGO 2019
Ass. Técnico

3) DÍPIKONA (500g/uc) 2amplos + 1ml

AD₄ EV lenta e

4) Ceftazidima 1g 2amplos

+ 8ul AD₄ EV lenta e

5) AFO, 8% - 500ul EV n^o 1 do 11/04/19

6) AFO, 8% - 500ul EV ± 35gt/n^o 1

Fratura de III e IV metatarsos

Dr. Elenilson Torres Lages
CRM-PI 4121

04.25X *Microperla* 1 m post new amphibious
old *Microperla* of Mend. PA: 130x20 mm

[Faint handwritten notes at bottom of page]

SECRETARIA
DE SEGURANCA
28 AGO 1979
PRVAT

FICHA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS
(SALA DE PEQUENA CIRURGIA)

Nome: Dr. Marcelo Ribeiro de Almeida Data: 29/08/10 Hora: 0

Procedimento: Exatib

MATERIAIS	QUANT.	MEDICAÇÕES	QUANT.	MEDICAÇÕES	QUANT.
AGULHA Nº		ADRENALINA		USO TÓPICO	
ATADURA 15 CM	01	AMINOFILINA		KOLAGENASE	
ADAPTADOR PARA EQUIPO (MULTIVIA)		ATROPINA		NEOMICINA	
BOLSA COLETORA		ÁGUA DESTILADA		NITROFURAZONA	
BORRACHA 02 (LÁTEX)		BROMOPRIDA		RIFOCINA SPRAY	
CATETER O ₂		BUSCOPAN COMPOSTO		SULFADIAZINA DE PRATA	
COMPRESSA		CIMETIDINA		SOLUÇÕES	
EQUIPO HEMOTRANSFUSÃO		DEXAMETASONA		ÁLCOOL IODADO	
EQUIPO MACROGOTAS		DIPIRONA		ÁLCOOL 70%	
ESPARADRAPO	1	EFORTIL		POVIDINE DEGERMANTE	
FIO CATEGUTE SIMPLES Nº	5	FUROSEMIDA		POVIDINE TÓPICO	2
FIO CATEGUTE CROMADO Nº		GLICOSE 50%		S. FISIOLÓGICO 0,9%	1
FIO NYLON Nº		HEPARINA		SORO GLICOSADO 5%	
FIO ALGODÃO Nº		HIDROCORTISONA 100 MG		SOLUÇÃO DE ISOCEL	
GAZES	03	HIDROCORTISONA 500 MG		SOL. MANITOL	
JELCO Nº		PLASIL		RINGER LACTATO	
LÂMINA DE BISTURI		TRANSAMIN		VASELINA	
LUVAS PROCEDIMENTO Nº	01	VITAMINA K		APARELHAGEM	
LUVAS ESTÉREIS Nº		VOLTAREN		ASPIRADOR	
MICROPORE		ANESTÉSICOS		BISTURI ELÉTRICO	
PACOTE DE CATETERISMO		LIDOCAINA SEM VASO		ESTERILIZAÇÃO	
PACOTE SUTURA		LIDOCAINA COM VASO		FOCO CIRÚRGICO	
SCALP Nº		XILOCAINA SPRAY		SALA PEQ. CIRURGIA	
SERINGAS 1 ML		XILOCAINA GELEIA			
SERINGAS 5 ML		COLÍRIO OFTÁLMICO		OUTROS	
SERINGAS 10 ML		PSICOTRÓPICOS		OXIGÊNIO	
SERINGAS 20 ML		CLORPROMAZINA		DRENO	
SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº		DIAZEPAN			
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº		DOLANTINA			
SONDA FOLEY Nº		FENOBARBITAL			
SONDA ASPIRAÇÃO Nº		HALOPERIDOL			
SONDA RETAL Nº		HIDANTAL			
SONDA URETRAL Nº		MORFINA			

ENFERMEIRO (A)

MÉDICO

AUX/TEC. ENFERMAGEM



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

INSTITUTO
DE SEGUROS

28 AGO 2019

EDMAT

NOME DO PACIENTE: Marcelo Ribeiro de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508864

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 URGENCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 20/04/2019 06:35:01

(User: EDUARDO)

(Sessão: 6655002)

Nome: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA		Prontuário: 508864
Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Pai:	
End.Resid.: RUA VIGIA CHICO CAETANO 372 - CENTRO - JATOBÁ DO PIAUÍ - PI - CEP: 64275-000		
Nascimento: 13/01/1972	Idade: 47a3m7d	Sexo: Masculino Fone: 86-98150-4731
Responsável: SIDIANE FERREIRA		CNS: 898062979707882
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: 514.721.553-00
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 717777	Entrada: 20/04/2019 06:29:09	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)		
Peso: 0,80 kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: TRAUMA EM P.E. SOLICITO RX			

Diagnóstico Inicial: ?	Exames Complementares:
----------------------------------	-------------------------------

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto)
DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CRM PI - 4809 Em: 20/04/2019 06:35:00

Informações Gerais

 Paciente: MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA - 898002979707882 - 13/01/1972 (47 anos), Jatobá do Piauí. Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA (/pacientes/218730)

 Leito:

 Class. Risco: Urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

Hospital Regional De Campo Maior (Campo Maior/PI)

Médico Solicitante

ELENILSON TORRES LAGES

Usuário Solicitante

Usuário Padrão - Infoway

Senha

Observação solicitante

Caráter

Urgência

Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

CIDs

Fratura de ossos do metatarso

Procedimentos

Descrição Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA HÁ 1H, COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ ALCÓOLICA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E, COM CONTIGUIDADE COM FRATURA DE III E IV METATARSO E, EVIDENCIANDO-SE FRATURA EXPOSTA DE PÉ E POR CONTINUIDADE DE FRATURA COM FERIMENTO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E.

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO REALIZADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 156

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

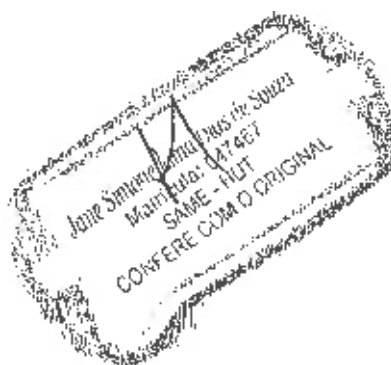
Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 14

SECRETARIA
DE SEGURANÇA

28 ABO 2019

SECRETARIA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATORIO - SRPA

NOME Marcia Ribeiro de Almeida IDADE 47 anos DATA 30/04/2019
 HÓRARIO DE ADMISSÃO 09 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIÃO U. Lencina
 CIRURGIA REALIZADA fixação de 2^a, 3^a e 4^a metatarso (E)

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>110 x 64</u>	<u>105/60</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>95</u>	<u>94</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>610</u>	<u>01</u>

ÍNDICE DE ALORETTÉ 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 ☐
	Tem 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 80%	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						
ESCALA DE DOR SAÍDA						
TOTAL	<u>09</u>					<u>10</u>

Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 157387

Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 157387

() Sonda Vesical		() Dreno de Sucção		() 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:	
<u>09:00 - Admitida em RPA no Poi de fixação de 2^a, 3^a e 4^a metatarso (E). Consciente, orientada, sob cto de respiratório, expulso, segue ar ambiente, sem apnéia de O₂.</u>	
Jairo Francisco de M. Freitas ENFERMEIRO COREN-PI 157387	
Jane Simone Lima de Sousa Matrícula 047467 SAGE - PI COREN-PI 0919	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
ALTA SRPA Adriano Bastos de O. <u>[Assinatura]</u> MÉDICO CRM-PI 0919 ANESTESIOLOGISTA	
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()	
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD	



No. da Autorização de Internação Hospitalar (A19)

237340

391993

JUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
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: 237340
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA			6 - Prontuário:	508864		
7-CNS:	898002979707882	8-Nascimento:	13/01/1972	9-Sexo:	Masculino	CPF:	514.721.553-00
11-Mãe:	FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA			12-Fone:	86-98150-4731		
13-Resp:	SIDIANE FERREIRA			14-Cor:	Amarela		
15-Endor:	RUA VIGIA CHICO CAETANO 372 - CENTRO - CEP: 64275-000						
16-Munic:	JATOBA DO PIADI	17-Cod.UBGE:	220527	18-UF:	PI	19-CEP:	64275-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	28 AGO 2019
<i>Febre alta de 38,5°C de modo intermitente e de - fúnd - por 6 dias</i>	
21 - Condições que justificam a internação:	
<i>14 dias</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	
<i>Lo</i>	
23-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prim: 5923
Fratura de ossos do metatarso	25-CID Sec.: 26-CID C.Aux.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS		Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CSF	804.614.683-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA			34-Data Solicitação: 20/04/2019	
			35-Ass.: 6999 Med.Sol.: CRN	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 13/05	48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF			
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>guyso</i>	Usuário: (LARISSA ARAGÃO)	Consulta Local: 71777	Consulta SUS:
	Impressão: 20/04/2019 09:23:29		

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 197991

AIH: 2219100274380



FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CNES

7564963

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

898002979707882

NOME DO PACIENTE

MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA

NASCIMENTO

13/01/1972

SEXO

M

PRONTUÁRIO

508664

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

86981950849

NOME DA MÃE

FRANCISCA RIBEIRO DE OLIVEIRA

RESPONSÁVEL

SIDIANE FERREIRA

CPF

ENDEREÇO - LOGRADOURO

RUA VIGIA CHICO CASTANO, 372, CENTRO, JATOBA DO PIAUI, PI

NÚMERO / LOTE

372

BAIRRO

CENTRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

JATOBA DO PIAUI

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E, COM CONTIGUIDADE COM FRATURA DE III E IV METATARSO E, EVIDENCIANDO-SE FRATURA EXPOSTA DE PÉ E POR CONTINUIDADE DE FRATURA COM FERIMENTO EM REGIÃO DORSAL DO PÉ E.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

28 AGO 2019

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050462 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/04/2019

WILANTILDO LIMA COSTA

CPF: 80461468387

CRM:

DATA ADMISSÃO

20/04/2019 06:29

DATA ALTA

21/04/2019 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))

JOSÉ DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 37320645000

CRM:

DATA ANÁLISE: 20/04/2019 13:43:37

NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Wltonio Ribeiro d. Oliveira

Diagnóstico pré-operatório

Fx 2, 3, 4. Metatarso E

Operação - Tipo

Luc + Fx 2, 3, 4. Metatarso E

Cirurgião

Dr. Wltonio L. Costa

1º Assistente

Res. Cl

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

neyrismar

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O Wms

Relatório Imediato do Patologista

28 AGO 2019

Acidente Durante a Operação

Não houve

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

1. Fx 2, 3, 4. Metatarso E
2. Mandril + Agulha + Agulha
3. Fx 2, 3, 4. Metatarso E
4. Relizar fixação de ligamento de triquetrum
5. Relizar fixação de ligamento de triquetrum
6. Sutura final e Wms

Dr. Wltonio L. Costa
CRM: 4740/CON-MG 6863
TEST: 12323

FHTFundação Hospitalar
de Teresina**SUS**Prefeitura de
Teresina

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 20/04/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Wenceslau Ribeiro do Amaral</u>	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: <u>Fm de 2.3.4. M. b. l. e. f.</u>	CIRURGIA: <u>Inc + Excep a FK</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wenceslau Costa</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Neelysma</u>	CPF Nº:

Dr. Wenceslau Costa
CRM-PI 47401/2014-MA 8563
FEOT 13019

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8-6 6/5	PAR	02	cade
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7/5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	28 AGO 2019
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Colaterais Oculares 11	01	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON				ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Benedicta</u>			
VICRYL							
PROLENE							



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARCILIO RIBEIRO DE OLIVEIRA		508864	13/01/1972	47	Ortopédica	235	246	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 20/04/2019	FRAT 2°3°4° MTT E							
21/04/19								
	1 Dieta oral livre							
	2 Jelco salinizado							
	3 cefalotina 1g+ AD EV 6/6H							
	4 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
	5 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
	6 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs							
	7 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
	8 Cuidados gerais e sinais vitais							
Dr. Gloriano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT10029 / CRM12308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367								

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO				
MARCIO RIBEIRO		De 02 de 2019						
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
20/04/19 (30x70)		80 bpm						
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA				
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ASMA			BRONQUITE	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				SISTEMA URINÁRIO				
SISTEMA DIGESTIVO				CORTICOIDES			ATARÁXICOS	OUTROS
ESTADO MENTAL				FÍSICOS				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				APLICADO AS			EFEITOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				07:30			08:40	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES				
		1 2 3						
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100		2 8 AGO 2019				
TEMPERATURA T		C°		SEQUÊNCIA				
P. ARTERIAL V O PULSO		38		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		140 120 100 80 60 40 20 10						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O		99% 99% 99%						
SÍMBOLOS				DURAÇÃO				
TÉCNICAS		RABUIANESTESIA		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERACÕES		FRAGMENTO CRURIO DO PRAVINO DO 2.3.						
CIRURGIÕES		DR. WILANIR DO		4. METARALGE				
ANESTESISTAS		DR. ADRIANO 2. CAMO D						
		Dr. Adriano Camillo Anestesiologista CRM RJ 4033		CONDIÇÕES POS-OPERATÓRIO				
PARTICULARIDADES				IMEDIATAS				

