

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0800326-11.2020.8.18.0 x Download file | iLovePDF x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=491045&ica=dbf411fed7fb6cb03ab81d381ca2cf1... 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 0800326-11.2020.8.18.0078 ODOM SOARES FEITOSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

9786992 - CONTESTAÇÃO (2720157 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/05/2020 20:55:18

19 May 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 9786996 - CONTESTAÇÃO
 - 9786992 - CONTESTAÇÃO (2720157 CONTESTACAO 01)
 - 9787393 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2720157 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9787394 - Procuração (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
 - 9787395 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9787397 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

20:55

15 de 13

2720157- CJ/ 2020-01868/ INVAIDEZ

JOÃO BARBOSA
—ADVOGADOS ASSOCIADOS—

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUI/PI

Ativar o Windows
Para obter o melhor desempenho do computador, ativar o Windows.

Exibir todos

protocolo.pdf

20:55 19/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENCA DO PIAUI/PI

Processo: 08003261120208180078

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 **ODOM SOARES FEITOSA**, 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 **29/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **02/09/2019**.

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 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.

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

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

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

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue 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.

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 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 **29/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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.

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 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.

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 horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

VALENCA DO PIAUI, 11 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-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 baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ODOM SOARES FEITOSA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **VALENCA DO PIAUI**, nos autos do Processo nº 08003261120208180078.

Rio de Janeiro, 11 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677827 **Cidade:** Lagoa do Sítio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODOM SOARES FEITOSA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico com hematoma subgaleal
Luxação acromioclavicular direita

Descrição do exame físico: Apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-80), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 3. Relata crises de tontura frequentes.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677827 **Cidade:** Lagoa do Sítio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODOM SOARES FEITOSA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico com hematoma subgaleal
Luxação acromioclavicular direita

Descrição do exame físico: Apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-80), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 3. Relata crises de tontura frequentes.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677827 **Cidade:** Lagoa do Sítio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODOM SOARES FEITOSA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

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 MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 09/11_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677827 **Cidade:** Lagoa do Sítio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODOM SOARES FEITOSA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 09/11_CIRURGIA.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: Odom Soares Feitosa			
Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Solteiro	Profissão: Recusou	
RG: MG-17.541.589	Org. emissor SSP/MG	D. Expedição 03/06/2008	CPF: 391.467.298-60
Endereço: Povoado São Domingos		S/N	Bairro: Rural
Cidade: Lagoa Do Sítio		Estado: PI	CEP: 64308-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: José Ivan de Oliveira			
Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Casado	Profissão: Recusou	
RG: 36.100.495-3	Org. emissor SSP-SP	D. Expedição 10/12 /1998	CPF:411.758.243-72
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins		Nº 187	Bairro: Vale Verde
Cidade : Valença		Estado: PI	CÉP: 64300-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. **Odom Soares Feitosa**

Local / data: Lagoa do Sítio Do Piauí - PI, 18 De Novembro De 2019

xodom soares feitosa

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (88) 3465-1171



RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ODOM SOARES FEITOSA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUI-PI, 22/11/2019. Enol.:3,85 - 10,77 - FMP:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 Selo:ABU.20630 (F16CP4)

Ana Cláudia
Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrivente Autoriz.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433540/19

Vítima: ODOM SOARES FEITOSA

CPF: 391.467.298-60

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 29/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ODOM SOARES FEITOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

ODOM SOARES FEITOSA : 391.467.298-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677827

Vítima: ODOM SOARES FEITOSA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ODOM SOARES FEITOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677827

Vítima: ODOM SOARES FEITOSA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ODOM SOARES FEITOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677827

Vítima: ODOM SOARES FEITOSA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ODOM SOARES FEITOSA

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 completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ODOM SOARES FEITOSA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003887**

Conta: **0000026187-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 391.467.298-60 4 - Nome completo da vítima: Odom Soares Feitosa

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

5 - Nome completo: Odom Soares Feitosa 6 - CPF: 391.467.298-60
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Povoado São Domingos 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Lagoa Do Sítio 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64308-000
15 - E-mail: jloivan6.ji@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3887 CONTA: 26187 8 AGÊNCIA: CONTA: (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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nascturo (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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Lagoa Do Sítio Do Piauí - PI, 22 De Novembro De 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

26/11/2019 HORA 10:47:55
DATA EFETIVAÇÃO: 26/11
CONVENIO 000338044
OPERADOR 00033804

.....
AGENCIA 3887
CONTA 013 00026187-8
NOME: ODOM SOARES FEITOSA

VALOR 
COD. OPERAÇÃO 071948293

.....
DISQUE CAIXA - 0800726
0101 OUVIDO
RIA - 08007257474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A PREVIS
AO DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUT
OS

SAC CAIXA 08007260101 (informações,
reclamações,sugestões e elogios)

ara pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 08007262492

Ouvidoria 08007257474

Caixa.gov.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 245831.000072/2019-11

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Antonio Alcione Gonçalves De Moura

Data/Hora: 02/10/2019 - 09:49

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE LAGOA DO SÍTIO

564222

Data/Hora

29/06/2019 - 12:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

LAGOA DO SÍTIO

Endereço

POVOADO SÃO DOMINGOS, Nº:

Complemento

ZONA RURAL

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ODOM SOARES FEITOSA

RG: 17541588 SSPMG MG

Mãe: MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS

Pai: ODOM DE ARAÚJO FEITOSA

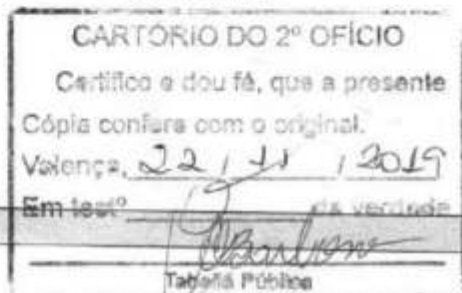
Endereço: POVOADO SÃO DOMINGOS, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: LAGOA DO SÍTIO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 160 FAN ESDI

Ano: Placa: Chassi:

2016 PIR7182 9C2KC2200GR015983

Renavam:

1082409481

Cor:

Preta

Condutor: ODOM SOARES FEITOSA

End: POVOADO SÃO DOMINGOS Número: Complemento:

Cidade: LAGOA DO SÍTIO UF: PI Bairro:

Proprietário: CLEANE COSTA ANJOS

End: POVOADO SÃO DOMINGOS Número:

Cidade: LAGOA DO SÍTIO UF: Bairro:

Ana Cláudia Molão L. F. Chaves Barbosa
Escritor Autorizada

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE NOTICIA A ESTA DP, QUE NO DIA, HORA E LOCAL MENCIONADOS ACIMA, CONDUZIA A MOTO EM TELA, QUANDO REPENTINAMENTE BATER UM EM TRONCO DE ÁRVORE, OCASIÃO EM QUE PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DO VEÍCULO CAINDO AO CHÃO; QUE NA QUEDA FRATUROU O OMBRO DIREITO E UM CORTE NA TESTA, CONFORME DIAGNÓSTICO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA REALIZADO NO HOSPITAL REGIONAL DE VALENÇA DO PIAUÍ/PI, E PELO SEU ESTADO DE SAÚDE, REQUEREU ENCAMINHAMENTO PARA O HUT EM TERESINA/PI; QUE A CIDADE NÃO DISPÕE DE IML. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Antonio Alcione Gonçalves De Moura - Mat.
AGENTE DE POL

4000990390
ODOM SOARES FEITOSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Parafita
Delegada Geral de Polícia Civil
Mat.: 196.333-7

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: 391.467.298-60 4 - Nome completo da vítima: Odom Soares Feitosa

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

5 - Nome completo: Odom Soares Feitosa 6 - CPF: 391.467.298-60
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Povoado São Domingos 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Lagoa Do Sítio 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64308-000
15 - E-mail: jioivan6.ji@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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: 3887 CONTA: 26187 8
(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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Lagoa Do Sítio Do Piauí - PI, 22 De Novembro De 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Data: 29/06/2019

Funcionario: ADRIANO

Hora: 13:05:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

ODOM SOARES FEITOSA

CPF: 391.467.298-60 - RG: 17541589 - SUS: 705007297207956

Nasc.: 15/01/1988 Idade: 31 ANOS, 5 MESES, 14 DIAS Profissão:

Civil:

CEP: 64308-000

End.: SAO DOMINGOS, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SITIO/PI

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: MARIA DE ARAUJO FEITOSA

Pai: MARIA DA CRUZ SOARES DOS

Clinica: CLINICA GERAL

Documento: 4710 - SAMUEL G. DANTAS ARRAES

Responsavel: ODOM SOARES FEITOSA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

29/06/2019 13:05 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

Queixa principal:

Paciente, 31 anos, vítima de trauma por acidente de trânsito com lesão costal e 4 costelas.

Exame clínico/físico:

Glasgow 15
PA 110x70
FC 88 bpm
T_{ax} 35,5
FC 88 bpm

Diagnóstico provável:

TCE grau I

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

1) RL - 500 mL - IV - 28 g/dL

2) Dipirona 500 mg - 03 Amp + 30 - IV - 1 hora

3) Cefacotima 3g - 03 Amp + 30 - IV - 1 hora

4) Voltaren 75 mg - 03 Amp - IM - 1 hora

5) CCG + 50 mL

6) Imobilização com gesso SF 0,8% - IV - 28 g/dL

13:18
Epidio Geraldo de Lima Junior
Técnico de Enfermagem
COREN-PI 1281541

14:02
Epidio Geraldo de Lima Junior
Técnico de Enfermagem
COREN-PI 1281541

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

Responsavel: ODOM SOARES FEITOSA

4710 - SAMUEL G. DANTAS ARRAES



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Folha especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte, informe
o NÚMERO:

SEU CÓDIGO

0697114-8

Nº da Nota Fiscal 26871512

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

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019 13/09/2019 96 105,48

ANTONIO JOAQUIM DOS ANJOS
PV SAO DOMINGOS S/N - B-RURAL
CPF: 00000872139310
CEP: 64.308-000 - LAGOA DO SÍTIO

ROT: 27.474.07.80.001550

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	6667	Atual:	06/09/2019
Anterior:	6571	Anterior:	07/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	08/10/2019
Consumo Medido:	96	Emissão:	05/09/2019
Consumo Faturado:	96	Apresentação:	06/09/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Est.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1410029		1.1.1.1	77

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/19	74	CONSUMO 96 A R\$ 0,912203 =	87,57
JUL/19	77	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	15,73
JUN/19	71	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00	0,38
MAI/19	66	MULTA POR ATRASO 07/19-00	1,32
ABR/19	71	JUROS POR ATRASO 07/19-00	0,48
MAR/19	74	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,83
FEV/19	70		
JAN/19	70		
DEZ/18	82		
NOV/18	87		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 0,912203

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/09/2019. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SPED-EN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	18,41	Base de Cálculo:	87,57
Energia:	35,56	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	6,01	Valor do ICMS:	19,26
Encargos:	2,94	Valor do PIS:	0,96
Tributos:	24,65	Valor do COFINS:	4,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DICI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Linha	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
Revisão	0,00			0,00			0,00
Consumo	NOVO ORIENTE			Período de apuração:			27,26

ROT: 27.474.07.80.001550



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0697114-8

MÊS FATURADO

09/2019

Nº da Nota Fiscal:

TOTAL A PAGAR - R\$

105,48

VENCIMENTO

13/09/2019

26871512 - FCAM*

83680000001 7 05480017000 0 00000000697 3 11480919008 4



Fatura Mensal

MATRÍCULA 1735348-3		Hidrometro A18N078052		Referência OUT/2018																									
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000																													
AG= 67																													
Situação Água/Esgoto	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição																									
3/1	1			113 2 07 0573 0171-000																									
Período de Consumo			Dias Consumidos																										
de 10/09/2018 a 08/10/2018			28																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Consumo</th> <th>Quant.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>04/18</td><td>354</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/18</td><td>354</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/18</td><td>354</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/18</td><td>354</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/18</td><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/18</td><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/18</td><td>1</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>						Período	Consumo	Quant.	04/18	354	0	05/18	354	0	06/18	354	0	07/18	354	0	08/18	1	0	09/18	1	0	10/18	1	0
Período	Consumo	Quant.																											
04/18	354	0																											
05/18	354	0																											
06/18	354	0																											
07/18	354	0																											
08/18	1	0																											
09/18	1	0																											
10/18	1	0																											
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO</td> </tr> <tr> <td>Cód. Responsável 916181790</td> <td>Código da Tarifa 01</td> </tr> <tr> <td>Consumo Médio 0</td> <td>Consumo Faturado 10</td> </tr> </table>						Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO		Cód. Responsável 916181790	Código da Tarifa 01	Consumo Médio 0	Consumo Faturado 10																		
Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO																													
Cód. Responsável 916181790	Código da Tarifa 01																												
Consumo Médio 0	Consumo Faturado 10																												
DESCRIÇÃO DA FATURA																													
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)																											
AGUA		26,91																											
	MULTA IMPONTJALIDADE 001/001	0,61																											
	JUROS DE MORA 001/001	0,63																											
	MANUTENCAO HIDROMETRO	1,60																											

VERIFICACAO	15/10/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	29,75
--------------------	-------------------	----------------------------	--------------

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$29,65
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Turbidez	Cor	Oxig	PH	Ferro	Cálcio	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	8,0 a 9,5	0,3	Assente	Assente
NT Mínimo de Amostras Legais NT Amostras Realizadas NT Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	1.31		2.44	6.84	0.00	0.00	0.00

PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GEMETRICAMENTE.

Observações
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411 758 243 / 72,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ODOM SOARES FEITOSA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 391.467.298 / 60, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
ODOM SOARES FEITOSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 391.467.298 / 60, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jioivan6.ji@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(89)994122206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

Valença - PI, 03 de Dezembro de 2019
Local e Data

José Ivan de Oliveira

Assinatura do Declarante



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

Alto

NOME DO PACIENTE: Odora Soares Furtos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 515456

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Alcides (OK)
C. Carneiro (OK)
ORTOPEDIA

Imp: 29/06/2019 21:56:43

(User: ISMAEL MAURIZ)

(Estação: CONSULPA03)

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

Nome: ODOM SOARES FEITOSA		Prontuário: 515456
Mãe: MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS	Pai: ODOM DE ARAUJI FEITOSA	
End.Resid.: SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SÍTIO - PI - CEP: 64308-000		
Nascimento: 15/01/1988	Idade: 31a5m14d	Sexo: Masculino Fone: 89-99907-2988
Responsável: MARIA DAS DORES		CNS: 705007297207956
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: 391.467.298-60
G. Instrução: Não informado		E.Civil: União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 728762	Entrada: 29/06/2019 21:35:34	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura Informe Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

TOMOGRAFIA REALIZADA

DATA 23/06/2019 HORA 22:23

EXAME C/ME

TECNOLOGIA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Déficit neurológico agudo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE ENCAMINHADO DE LAGOA DO SÍTIO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEGUIDO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA NA MANHÃ DE HOJE, EVOLUINDO COM VÔMITOS + DOR E MOBILIDADE PREJUDICADA DE OMBRO DIREITO. APRESENTANDO LESÃO EM COURO CABELUDO (SEGUNDO ENCAMINHAMENTO). acompanhante nega alergia medicamentosa.		ROMAN BEZERRA HOLANDA COREM 222664 PI Em: 29/06/2019 21:46:34

SSVV: (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ APROXIMADAMENTE 10 HORAS, NEGANDO USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE. TRAZIDO POR AMBULÂNCIA. RELATA VÔMITOS E PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA OTORRAGIA OU EPISTAXE.

- A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL OU HEAD BLOCK OU PRANCHA RÍGIDA;
B) Sato2: % (AO AR AMBIENTE); EUPNEICO; AP: MURMÚRIOS VESICULARES PRESENTES BILATERALMENTE, SIMÉTRICOS.
C); FC: 93 BPM; AC: RR EM 2T, BNF, SS. AUSÊNCIA DE SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, FLÁCIDO; INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PULSOS FORTES E SIMÉTRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR.
D) GLASGOW 15; PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES; SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS
E) ESCORIAÇÕES EM FLANCO DIREITO E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM BRAÇO DIREITO.

Diagnóstico Inicial:

?

CID:**Exames Complementares:**

- (1250435) - T.C. DE CRANIO
(1250438) - TORAX PA
(1250439) - Pelve

Prescrição Médica:**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dra. Fátima Brito
MÉDICA
CRM-PI 6957

ISMAEL PEREIRA MAURIZ
CRM: 4712 Em: 29/06/2019 21:56:42



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

29 06 19
RAIO REALIZADO
Imp: 29/06/2019 21:56:43
(ISMAEL MAURIZ)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ODOM SOARES FEITOSA		Prontuário: 515456	
Mãe: MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS	Pai: ODOM DE ARAUJI FEITOSA		
End.Resid.: SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SÍTIO - PI - CEP: 64308-000			
Nascimento: 15/01/1988	Idade: 31a5m14d	Sexo: Masculino	Fone: 89-99907-2988
Responsável: MARIA DAS DORES		CNS: 705007297207956	
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: 391.467.298-60	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: União Estável	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 728762	Data: 29/06/2019 21:35:34	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA: ORTOPEDIA
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: ADX + CLÍNICA: CAC III	
CD INTERNA DA CLÍNICA	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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



Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 728762

Imp: 29/06/2019 21:56:43

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: ODOM SOARES FEITOSA		Prontuário: 515456	Local:		Leito:
Tipo Sanguíneo:	Fator RH:	Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00	IMC (Kg/m2): 0,00	

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:							
			HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese
REGISTROS DE ENFERMAGEM:										

Flávia Nunes Pinheiro Cavalcanti
Enfermeira - 09525
SUS - HUT
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]

MÉDICO / CRM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]

MÉDICO / CRM:



242104

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

219178

AUDO 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: 242104
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ODOM SOARES FEITOSA				6 - Prontuário: 515456			
7-CNS:	705007297207956	8-Nascimento:	15/01/1988	9-Sexo:	Masculino	CPF:	391.467.298-60
11-Mãe:	MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS					12-Fone:	89-99907-2988
13-Resp:	MARIA DAS DORES					14-Cor:	Parda
End:	SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - CEP: 64308-000						
16-Munic:	LAGOA DO SITIO	17-Cod.IBGE:	220559	18-UF:	PI	19-CEP:	64308-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u>			
PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR GRAU 3 A DIREITA E TEM DOR LOCAL			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
AS ACIMA			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
RX			
<u>Diagnóstico Inicial:</u>		24-CID Prim:	25-CID Sec.:
Luxação da articulação acromioclavicular		S431	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010185		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR		Tempo SUS 2
29-Clinica:		30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 003.695.133-12
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS		34-Data Solicitação: 30/06/2019		Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

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 () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: X Maria das Dores pereira da Silva	Usuário: (ANDRE LEAL) Consulta Local: 728762 Consulta SUS: Impressão: 30/06/2019 00:35:20
---	---

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

	Mudança de Procedimento		Órtese e prótese - OPME
	Diária de UTI		Fatores de Coagulação
	Diárias de Acompanhante		Gasoterapia
	Hemoderivados		Nutrição Parenteral / Enteral
	Diálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
	Albumina Humana 20%	X	Fio K 210

HOSPITAL: H-U-T CNPJ: _____
 PACIENTE: Edson Jones Furtos Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Almir CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Pacientes com lesões traumáticas
diretas necessitando de ortomóveis.*

Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI-2972

DATA: 02/07/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Fórmula Médica Especializada em
Assistência: 66-04
SUS - HUT
CONTEÚDO ORIGINAL

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Odson Soares Feitosa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>LSC a Direita</i>		
Operação - Tipo <i>Osteomiteria</i>		
Cirurgião <i>SMIR</i>	1º Assistente <i>Estedante</i>	
2º Assistente <i>—</i>	3º Assistente <i>—</i>	
Instrumentador(a) <i>bayland</i>	Anestesista <i>Fernanda</i>	Anestesia <i>General</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>02/07/19</i>	Início <i>11:30</i>	Fim <i>12:20</i>
Diagnóstico Pós-operatório		

9 mm

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em posição de decúbito prono, sob anestesia geral inalatória, Smapna, Autismo, Coloração dos campos esternos, Acesso a osteomiteria, osteomiteria direita, minisutura, Redução e osteomiteria da LSC, Sutura, Curativo, Tiquia, SA

Funda. 76 HUT
Nº 53304
SABE - HUT
COMISSÃO DE QUALIDADE

he



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/07/19

NOME DO PACIENTE: Odem Soares Furtos	PRONTUÁRIO Nº: 515456
DIAGNÓSTICO: LAC a Direita	CIRURGIA: Ostomizante
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Luiz	CPF Nº:
AUXILIAR: Estudante	CPF Nº:
ANESTESIA: Fernanda Roberta	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Dayana	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 710	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL 14	UNID.	01	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Metodo	05		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	03		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Isuova	01		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom	01		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				tubo 810			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	01			CIRCULANTE: Galene			
PROLENE							

FOLHA DE ANESTESIA

Unidade de Saúde

NOME DO PACIENTE <u>Odson Soares dos Anjos</u>						Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>02.07.19</u>	P. ARTERIAL <u>120x70</u>	PULSO <u>60</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA <u>12,2</u>	HEMATOCRITOS <u>38,3%</u>	GLICEMIA <u>174</u>	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA <u>Plag. 165ml</u>							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>Estável hemodinamicamente</u>						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CRICULATÓRIO <u>NDN</u>						ASMA <u>NDN</u>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>NDN</u>						BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO <u>Jejum Completo > 8h</u>						SISTEMA URINÁRIO <u>NDN</u>	
ESTADO MENTAL <u>Glasgow 15</u>						CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <u>Luxação acromio-clavicular D</u>						ATARÁXICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <u>NDN</u>						OUTROS	
APLICADO AS						FÍSICOS <u>ASA 1</u>	
EFEITOS							

AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDOS	TEMPERATURA T	P. ARTERIAL V O PULSO	INÍCIO E FIM ANESTESIA X	INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	RESPIRAÇÃO O	TOTAL DE DOSES	
							SEQUÊNCIA	
OXIGÊNIO 10ml 1 <u>As</u> 2 <u>Sevoflurano</u> 3	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	38				1 <u>Propofol 40mg</u> 2 <u>Fentanyl 250mcg</u> 3 <u>Atorvastatina 40mg</u> 4 <u>Cefazolin 2g</u> 5 <u>Dexametasona 2g</u> 6 <u>Dexametasona 2g</u> 7 <u>Tiloth 20mg</u> 8 <u>Ordansinon 1mg</u> 9 <u>Thermal 100mg</u>	
							10 <u>Check list + pra</u> 11 <u>anestésico</u> 12 <u>monitorização</u> 13 <u>exatidão física</u> 14 <u>Pré oxigenação</u> 15 <u>indução venosa</u> 16 <u>com JET 7,5+VTK</u> 17 <u>interferência</u> 18 <u>contingência +</u> 19 <u>proteção ocular</u> 20 <u>in amputação operatória</u> 21 <u>Exatidão e segurança</u> 22 <u>RPA</u>	

SÍMBOLOS		DURAÇÃO <u>4h</u>	
TÉCNICAS	<u>Anestesia Geral balanceada</u>	INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES	<u>Osteossíntese</u>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <u>Sem intercorrências</u> </div>	
CIRURGIÕES	<u>Dr. Alvaro</u>		
ANESTESISTAS	<u>Dr. Alvaro</u>		
PARITICULARIDADES	<u>Nega comorbidades e alergias</u>	CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

Neurocirurgia

TCE - queda de moto.

Glasgow 15

TC de crânio: Sem patologias neurocirúrgicas

CA: Sem conduta neurocirúrgica
alta de NCR
Unidades clínicas

Dr. Esmail Barros de Oliveira
Neurocirurgião
CRM-PI: 5084 RQE: 3144

Em Geral 23:19

Paciente vítima de acidente de trânsito. Estável hemodinamicamente. Eupneico. ECG - P. 15. ACP sem alterações. RX de tórax sem sinal de pneumotórax / atelectases. Dorsome pleural / poturo de arcos costais. Abdomen físico de / indolente. Ed. Sutures de lesões cortocutâneas em couro cabeludo. Sem outras demandas para Emerg no momento Dra. Fátima Brito

MÉDICA
CRM-PI 6957

Fátima Inês Pimenta Cavalcante
Médica: 09804
SANE - HUT
CONTEC.COM.PRINTAL

Neurocirurgia

TCE - queda de moto.

Glasgow 15

TC de crânio: Sem patologias neurocirúrgicas

CP: Sem conduta neurocirúrgica
alte de NCR
Unidades clínicas

Dr. Emílio Augusto de Oliveira
Neurocirurgião
CRM-PI: 5084 RQE: 3144

Em Geral 23:19

Paciente vítima de acidente de trânsito. Estável
hemodinamicamente. Eupneico. ECG - P. 15. ACP sem
alterações. RX de tórax sem sinal de pneumotórax.
Dor no pleural / posterior de arcos costais. Abdomem
flesado / indolor. Ed. Sutura de lesão cortocutânea,
em caso fechado. Sem outras demandas para Aten
no momento Dra. Fátima Brito

MÉDICA
CRM-PI 6957

Felipe Jorge Pimenta - residente
Neurocirurgia
SMAE - HUP
CRM-PI 5084 RQE: 3144

Neurocirurgia

TCE - queda de moto.

Glasgow 15

TC de crânio: Sem patologias neurocirúrgicas

CP: Sem conduta neurocirúrgica

alte de NCR

Medidas clínicas

Dr. Esmail Barros de Oliveira
Neurocirurgião
CRM-PI: 5084 RQE: 3144

Cir Geral 23.19

Paciente vítima de acidente de trânsito. Estável hemodinamicamente. Eupneico. ECG - P. 15. ACP sem alterações. RX de tórax sem sinal de pneumotórax.

Dor no flanco | pontos de orcas costais. Abdomem físico do | indolente. Ed. Sutura da lesão corticosternal em caso de lesão. Sem outras demandas para Cir Geral no momento.

Dra. Fátima Brito
MÉDICA
CRM-PI 6957

Fátima Brito Fátima Brito
Médica Cirúrgica
CRM-PI 6957

Informações Gerais

 Paciente: ODOM SOARES FEITOSA - 705007297207956 - 15/01/1988 (31 anos), Lagoa do Sítio. Mãe: MARIA DE ARAÚJO FEITOSA

 Class, Risco: Muito urgente

VISÃO GERAL

MUDANÇAS QUADRO CLÍNICO

Estab. Solicitante

Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

Médico Solicitante

RAFAEL BARBOSA VIEIRA

Usuário Solicitante

Usuário Padrão

Senha

VISUALIZAR SENHA (/internacoes/121503/visualizar_senha)

Observação Solicitante

Observação Executante

Caráter

Urgência

Tipo de Leito

Neurocirurgia

CIDs

Traumatismos múltiplos da cabeça

Procedimentos

Descrição Clínica

Paciente, 31 anos, vítima trauma motociclistico evolui com lesão cortante +- 10 cm couro cabeludo/ equimose e edema periorbitário E. Ao EF: Glasgow 13 / PA: 110x70 / GC: 103 / Sat O2: 95% / FC: 88bpm. O encaminhamento p/ realização de TC DE CRÂNIO.

Visualizar mudanças (/internacoes/121503/mudanca)

Protocolo de Atendimento

Pressão Sistólica: 110

Pressão Diastólica: 7

Saturação (%): 95

Frequência Cardíaca (bpm): 88

Frequência Respiratória (rpm): 16

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 110X70

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 88

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 16

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 95

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 13

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 103

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

Assistência Ventilatória: Não necessita

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
29/06/2019 15:38	José Filho - Operador Internação - SESAPI	Excluída	Regulado Via Central de Regulação Municipal de Teresina : HUT - 80325/669791962
29/06/2019 13:38	Marcelo Coelho Vieira Albuquerque - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
29/06/2019 13:13	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Pendente	

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ODOM SOARES FEITOSA (Prontuário: 515456)**
Endereço: SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SÍTIO - PI CEP: 64308-000
Nascimento: 15/01/1988 Idade: 31a7m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 242104
Requisição: 971815 Solicitação: 02/07/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
Controle: 1252281 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 233 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 02/07/2019

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Luxação acrômio-clavicular.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão:

- Luxação acrômio-clavicular.

(RENAN

TERESINA - PI 24/08/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

Assinatura Profissional
Matrícula: 80004
SABE - HUT
Conferir com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ODOM SOARES FEITOSA (Prontuário: 515456)**
Endereço: **SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SÍTIO - PI CEP: 64308-000**
Nascimento: 15/01/1988 Idade: 31a6m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728762
Requisição: 970903 Solicitação: 29/06/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1250438 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 29/06/2019

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 13/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

João Serrão Lima
Médico
SAC
CONFERE COM ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ODOM SOARES FEITOSA (Prontuário: 515456)**
Endereço: **SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SITIO - PI CEP: 64308-000**
Nascimento: 15/01/1988 Idade: 31a5m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728762
Requisição: 970901 Solicitação: 29/06/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1250435 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 29/06/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/06/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ODOM SOARES FEITOSA** (Prontuário: 515456)
Endereço: SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SITIO - PI CEP: 64308-000
Nascimento: 15/01/1988 Idade: 31a6m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728762
Requisição: 970903 Solicitação: 29/06/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1250439 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 29/06/2019

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS, SACRO ILÍACAS E SINFISE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 13/08/2019


VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE MINAS GERAIS
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

311.1612



POLEGAR DIREITO



ODOM SOARES FEITOSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MG-17.541.589 03/06/2008

ODOM SOARES FEITOSA

ODOM DE ARAUJO FEITOSA
MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS

NASCIMENTO 15/1/1988

LAGOA DO SÍTIO-PI
NASC. LV-14A FL-69
INHUMA-PI

ASSINATURA

PII-1612 NILMA S. REIS SANTOS
ASSISTENTE DO DIRETOR

1.VIA

TEI N° 7.116 DE 29/06/03

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
391.467.298-60

Nome
ODOM SOARES FEITOSA

Nascimento
15/01/1988

REGISTRO GERAL

36.100.495-3

DATA DE EMISSÃO

10/DEZ/98

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

NASCIMENTO

IVO TRAJANO DE OLIVEIRA

E

IDA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

NATURALIDADE

VALENÇA DO PIAUI -PI

DATA DE NASCIMENTO

17/SET/1972

CPF

VALENÇA DO PIAUI/PI

CPF

VALENÇA DO PIAUI

CPF

CN:LV.A003/FLS.057V/N.001927


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


ESTADO DE SÃO PAULO

1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUNDELTON DA SILVA





Jose Ivan de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição

411758243-72

Data do Nascimento

17/09/72



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013936189691
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 01082409461 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

2771 NOME

0106 CLEANE COSTA DOS ANJOS

2019

417a

7b0b

3682

8123

CPF / CNPJ

03198298393

PLACA

PIR-7182

PLACA ANT. / UF

9C2KC2200GR015983

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NENHUMA

COMBUSTIVEL

ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO

HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. ANO MOD.

2015 2016

CAP / POT / CIL

02P/0162CC

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. / COTAS

1º IPVA

2º

3º PAGO

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESTRICOES

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

LAGOA DO SÍTIO

DATA

27/02/2019

MANOEL ROBERTO DO REGO LOBATO

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 013936189691 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 27/02/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 03198298393 PLACA PIR-7182

RENAVAM 01082409461 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB. CAT. TARE Nº CHASSI 2015 09 9C2KC2200GR015983

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 000,00 DENATRAM (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 084,58

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

OUT / 2017

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190677827**

Nome do(a) Examinado(a): **ODOM SOARES FEITOSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

PV SAO DOMINGOS , SN - RURAL - Lagoa do Sítio - PI - CEP 64308-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /MG**] **17541589**

Data e local do acidente: [**29/06/2019**] **Lagoa do sítio - Piauí**

Data e local do exame: [**17/12/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Luxação acromioclavicular direita Traumatismo cranioencefálico com hematoma subgaleal

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente apresenta déficits de movimentos em ombro direito. Relata crises de tontura frequentes.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico. Alta médica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-80), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 3.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433540/19

Vítima: ODOM SOARES FEITOSA

CPF: 391.467.298-60

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 29/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ODOM SOARES FEITOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

ODOM SOARES FEITOSA : 391.467.298-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa