



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

Processo: 08018839220208180026

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 **CICERO ALVES FEITOSA NETO**, 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 **27/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **19/09/2019**.

Cumpra 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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Seguradora LÍDER Administradora de Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190671859	Cidade: Campo Maior	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO	Data do acidente: 27/07/2019	Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 04/12/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações: PG 12 30 - CIRURGIA BAM PG 15				
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

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 **27/07/2019**. 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:	10/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO ALVES FEITOSA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000121328-9

Nr. da Autenticação A7F2FBF19439EAC9

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

⁷art. 1º. (...)

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPO MAIOR, 20 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CICERO ALVES FEITOSA NETO**, em curso perante a 2ª **VARA CÍVEL** da comarca de **CAMPO MAIOR**, nos autos do Processo nº 08018839220208180026.

Rio de Janeiro, 20 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



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. José Paulino, 389 - Centro - Campo Maior/PI
CEP: 64280-000 - CNPJ: 05.514.609/0001-00
Fone: (86) 3252-1231 Site: www.campomaior.pi.gov.br



0000474.5 09/2019

Y350595389 21743245 08-0240-000 027 0010 190101143

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ANTONIA FRANCISCA DE OLIVEIRA (PURPURA)
AV. JOSE PAULINO 01285, MATADOURO
CEP: 64.280-000 CAMPO MAIOR-PI

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		47,08
16	MULTA POR ATRASO - 07/2019		0,96
17	ENCARGOS (07/2019) 16 DIAS		0,32

HIDROMETRIA

LEITURA DATA
ANTERIOR: 907 05/08/19
ATUAL: 907 04/09/19
CONSUMO: 06 DIAS: 30
LEITURISTA: 20 OCO: 50

MÉDIA: 5 m³

ÚLTIMOS CONSUMOS



PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	6,5	01	7,37
CLORO	ATE 5 M	01	0,20
TURBIDEZ	ATE 5 UT	01	0,37

DEBITO(S)

EXISTE(M) 001 FATURA(S) TOTALIZANDO EM R\$ 48,18

VENCIMENTO 29/09/2019 VALOR R\$ 48,36

SR. CONSUMIDOR: APOS CONSULTAR NOSSOS REGISTROS, COI
QUE V.Sª. ESTA EM DEBITO COM ESTE SERVIÇO, REF. AO(S) MEI
ACIMA DISCRIMINADOS. SOLICITAMOS A REGULARIZAÇÃO DO DE
APOS 30 DIAS DA DATA DA NOTIFICAÇÃO ESTARA SUJEITO AO COI
NOS TERMOS DO ART.40, V, 5º DA LEI DE Nº11.445/2007. CASO JA
TENHA EFETUADO O PAGAMENTO FAVOR DESCONSIDERAR ESTI

CONSUMIDOR



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
Av. José Paulino, 389 - Centro - Campo Maior/PI
CEP: 64280-000 - CNPJ: 05.514.609/0001-00
Fone: (86) 3252-1231 Site: www.campomaior.pi.gov.br



0000474.5 - ANTONIA FRANCISCA DE OLIVEIRA (P. 09/2019
VENCIMENTO 29/09/2019 VALOR R\$ 48,36

SAAE

NÃO RABUZE

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

0000474.09.19.190101143
82630000000-5 48380373000-1 04740919190-6 10114300004-6



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o(a)
Sr(a) Cícero Alvar Fátima Neto,
apresenta patologia CID S42.0 (autorizado pelo paciente) e
necessita de 90 (noventa) dias de afastamento de suas atividades
laborais para fins de tratamento.

Campo Maior/ PI, 02 de 08 de 20 19.



Médico

RECEITUÁRIO

- Ciro Alu *20105* Fator Nub

1 cont. Unida r²

3 med
14.10.19

19.10.19



Médico(a)

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno, s/n - Bairro São Luis

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP 64.280-000 - Campo Maior - PI
CNPJ 06.553.564/0006-42

RECEITUÁRIO

Casos Alus fôrta Neto

U):

① legadura na 507 — 2895
Tm de 4162, 15 72h

② Algae 1507 — 114
Tm 10 12h

030815

Salmo Melo Oliveira Lima
MÉDICO
CRM-PI 3113

Médico(a)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1016121 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00

Sexo: M

Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Responsável: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

Evolução

03/08/2019

Page 1 of 1
Data impresso: 03/08/2019

10:25:38 1º DPO DE OSTEOSINTESE DE CLAVICULA E. SEM QUIEXAS.		Enfermeiro(a)	Assinatura
		KASSIA	Kassia Andrade e Silva COREN-PI 336.765



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impressão: 02/08/2019 - 16:15:26

Página: 1/1

PACIENTE: 1016121-CICERO ALVES FEITOSA NETO
ENFERMARIA: CC04-CLINICA CIRURGICA - LETTO:CC0401

IDADE: 22 Anos
ADMISSÃO: 28/07/2019

SUS
DIAS INTERNADO: 5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

02/08/2019 - 07:41:19

DIETA ZERO	LIVRE APOS RPA		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	2000 ML
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	1,00FRA	ENDOVENOSA (EV)	
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	DILUIR EM 100 ML DE SFO,9
D1 - TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML (TRAMAL)	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	DILUIR EM 100 ML DE SFO,9, SE DOR REFRACTARIA
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	SN
D1 - CEFALOTINA SODICA PO P/ SUSP. INJ. 1G C/ DILUENTE	1,00FRA	ENDOVENOSA (EV)	
POI DE OSTEOSINTESE DE CLAV E			
SSV			
CCGG			

Maria Lúcia P. Gomes
COREN-PI 410638-AE
CPF: 396.862.712-20

Carla Regina Costa Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-PI 111560/1

4352 - MARCELO LOPES MACHADO

PROFESSOR ALVES CAMPO MAIOR
ZACÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - S)
Data: 11/10/2018 - 14:18:35
Leito: CC0401
1016121 - VICENÔ ALVES FEITOSA NETO

Diagnóstico / Prescrição

DEFICIT DE AUTO CUIDADO RELACIONADO A: IMOBILIDADE, DOR, IDADE ACIMA

OBSERVAR E COMUNICAR ALTERAÇÕES A EQUIPE
VERIFICAR E ANOTAR SSV

REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO	T N M			Horarios/Obs.	Assinatura
OFERECER APOIO E TRANQUILIZAÇÃO	16	22	00		
REALIZAR E ANOTAR BANHO NO LEITO					
PROPORCIONAR AMBIENTE TRANQUILO E AGRAVÁVEL					
OBSERVAR E ANOTAR COLORAÇÃO DAS EXTREMIDADES					
OBSERVAR E/OU REALIZAR HIGIENE ORAL E OCULAR					
PROVIDENCIAR A ARRUMAR LEITO - ESTICANDO OS LENÇÓIS					
EXPLICAR TODOS OS PROCEDIMENTOS, SEUS MOTIVOS E IMPORTÂNCIA					
ENCORAJAR O PACIENTE A REALIZAR MOVIMENTOS PASSIVOS COM OS MMSS E MMII					

18:00

PA: 130/70

Temp: 36.6

pulso: 55

AS 23:30 h P.R.: 110x80

Maria do Socorro Machado Neto
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 159636

Enfermeiro(a)
W. de Lencastre, Passos Neto
COREN-PI 242121 ENF

Temp: 36.6

ST 92

M-T 62

Leidiane Maria Sousa Oliveira
COREN-PI 657363-TE

O2: 0.21

max: 35.5°C
5to 92.1°

PC: 51 bpm

PA: 130x80 mmHg

Leidiane Maria Sousa Oliveira
COREN-PI 657363-TE

Controle de Acompanhante

Paciente: Cicero Alves Feitosa Neto

Enfermaria Nº _____ Leito Nº _____

Acompanhante:

1 - _____	Data	____/____/____
2 - _____	Data	____/____/____
3 - _____	Data	____/____/____
4 - _____	Data	____/____/____
5 - _____	Data	____/____/____
6 - _____	Data	____/____/____
7 - _____	Data	____/____/____
8 - _____	Data	____/____/____
9 - _____	Data	____/____/____
10 - _____	Data	____/____/____
11 - _____	Data	____/____/____
12 - _____	Data	____/____/____
13 - _____	Data	____/____/____
14 - _____	Data	____/____/____
15 - _____	Data	____/____/____
16 - _____	Data	____/____/____
17 - _____	Data	____/____/____
18 - _____	Data	____/____/____
19 - _____	Data	____/____/____
20 - _____	Data	____/____/____
21 - _____	Data	____/____/____
22 - _____	Data	____/____/____
23 - _____	Data	____/____/____
24 - _____	Data	____/____/____
25 - _____	Data	____/____/____

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1 - IDENTIFICAÇÃO: Cunho Aluis Fátima Neto ENF: _____
Sexo: M (☒) F () Idade: 21 Estado Civil: Solteiro (☒) Casado ()
União Estável () Viúvo () Separado ()

2 - PROCEDÊNCIA: Deste Município () Outros: _____
Deambulando (☒) Cadeira de rodas () Maca () Sozinho () Acompanhado ()
SAMU ()

3 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico () Cirúrgico (☒) Obstétrico ()
Se Obetétrico: DUM: _____ IG: _____ G _____ P _____ A _____
Jeixa principal: _____

4 - HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão () Diabetes () Tabagismo () Etilismo () Doença Cardíaca ()
Doença Renal () Alergias () Outros ()

5 - HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido (☒) Confuso () Com superficial () Como profundo ()
Estado emocional: Agitado () Tranquilo () Tenso () Deprimido ()
Pele: Normocorada (☒) Hipocorada () Cianose () Sudorréica ()
Hidratado () Desidratado () Hiperemia () Local: _____
Integridade da pele: Sim (☒) Não () Obs.: _____
Rede venosa: Visível () Não visível ()
Edemas: Ausência (☒) Presença () Local: _____ Generalizado ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico (☒) Bradpnético () Taquipnéico () Dispneico ()
Sse seca () Tosse produtiva () Hemoptise () Dor torácica () Epistaxe ()
Outras: _____

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia () Pirose () Disfagia () Náuseas () Vômitos ()
matênese () Dor abdominal () Dor epigátrica ()

ALIMENTAÇÃO: Oral (☒) Por SNG () Aceita normal () Aceita Parcial () Não aceita ()

HÁBITO INTESTINAL: Frequência diária () Diarréia () Constipado () Última evacuação: _____

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal (☒) Por SVD () Poliúria () Polaciúria ()
Oligúria () Hematúria () Incontinência () Disúria () Anúria () Aspecto: Claro () Truvo ()

SONO E REPOUSO: Preservados () Insatisfatório ()

OUTRAS QUEIXAS: Febre () Dor (☒) Local: msc ombro e Outras: _____
SSVV: Tax°C: _____ P _____ R _____ PA _____

MEDICAÇÃO DE USO REGULAR: Não (☒) Sim () Quais: _____
Diagnóstico de Enfermagem: _____

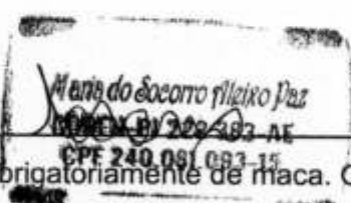
Data: 28/02/19 Enfermeiro: Rodrigo de Araújo Silva
COREN-PI 525.430-ENF

**PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA
CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO**NOME: Cícero Alves Feitosa Neto DN: 02/08/197

DO: CENTRO CIRÚRGICO

PARA CLÍNICA: Cirurgia DATA 02/08/19 HORÁRIO: 1

Nº	ITENS A SEREM CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLÍNICA	CHECAR
	Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento)	✓
	Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando condições clínicas do mesmo	✓
	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário	✓
	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso)	✓
	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário	✓
	Verificar se há solicitação de Raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	✓
	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo dor)	✓
	Fazer registro de enfermagem no prontuário	✓
	Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	✓

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
 Samara Patrícia de S. Araújo Enfermeira COREN-PI nº 402.964	 Maria do Socorro Almeida Paz TÉCNICO Nº 202-483-AT CPF 240.081.093-15

OBS.: O paciente deve ser encaminhado à clínica e radiologia obrigatoriamente de maca. O preenchimento deve ser feito pelo enfermeiro ou técnico do CC.

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA CHECK LIST - PRÉ-OPERATÓRIO

NOME: Cícero Alves Feitosa Neto DN: 02/08/97

PARA CLÍNICA: Cirúrgica

PARA CENTRO CIRÚRGICO

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir o tipo de cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na agência transfusional
- ☐ Confirmar a reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir retirada de adornos, esmalte e prótese (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propés, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menor que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venoso com soro fisiológico a 0,9%
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer o registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o centro cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☒ Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico acompanhando do técnico de enfermagem, 30 minutos antes do horário agendado para o procedimento

Data: 02/08/19

Enfermeiro responsável: _____

Samara Patrícia de S. Araújo
Enfermeira
COREN-PI Nº 402464



117 Instrumentador, Enfermeiro, Circulante

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

Werner
Augsburger
Fischer - Mithras

Data de nascimento: 02/08/97 Prontuário: 57609 Data: 02/08/1999

CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		CHECAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		CHECAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA	
IDENTIFICAÇÃO (SIGN-IN)		CONFIRMAÇÕES (TIME-OUT)		REGISTROS (CHECK-OUT)	
Confirmar com o paciente: Identidade (nome e data de nascimento) ☒ Sim () Não Jejum? ☒ Sim - Quantas horas? 12h () Não Procedimento programado: <u>Proct. da úlcera</u> (E) Sítio demarcado: ☒ Sim () Não Usar dispositivo médico? ☒ Sim () Não Está na sala e conferido? ☒ Sim () Não Consentimentos informados preenchidos e assinados: <u>Para anestesia</u> (☒ Sim () Não Para cirurgia (☒ Sim () Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? ☒ Sim () Não () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário) (☒ Sim () Não <u>As A</u> () Não Materiais/medicamentos para anestesia disponíveis na sala? (☒ Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? (☒ Sim () Não O paciente possui alergia? () Sim (☒ Não Quais? O Paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? () Sim (☒ Não Equipamentos para assistência disponíveis? ☒ Sim () Não O paciente tem risco de perda sanguínea >500ml (criança >7ml/kg)? () Sim (☒ Não Tem acesso endovenoso adequado? ☒ Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim (☒ Não		Todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função. Todos os responsáveis confirmam verbalmente: - Identificação do paciente; - Procedimento programado; - Sítio cirúrgico demarcado; Placa de bisturi posicionada corretamente: (☒ Sim () Não () Não se aplica A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? (☒ Sim () Não () Não se aplica Antecipação de eventos críticos: Equipe cirúrgica: Alguma etapa crítica prevista? () Sim - Qual? (☒ Não Equipe de anestesia: alguma preocupação específica com o paciente? () Sim - Qual? (☒ Não Checkagem da equipe de enfermagem: Todos os instrumentais estão disponíveis? (☒ Sim () Não Todos os instrumentais estão esterilizados? (☒ Sim () Não Todos os equipamentos necessários estão disponíveis? (☒ Sim () Não		Procedimento realizado: _____ Contagem das compressas correta? (☒ Sim () Não () Não se aplica Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta? (☒ Sim () Não () Não se aplica Contagem de agulhas correta? (☒ Sim () Não () Não se aplica Amstras/biópsias estão identificadas (nome do paciente, data de nascimento, local anatômico, quantidade)? () Sim () Não ☒ Não se aplica Registros completos no prontuário: Do procedimento intraoperatório (☒ Sim () Não Do procedimento anestésico? (☒ Sim () Não Todos os medicamentos administrados foram registrados e checados? (☒ Sim () Não () Não se aplica Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritas? (☒ Sim () Não Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? (☒ Sim - Qual? _____ () Não	

OBS: Ref. admitido no CC PI realização de procedimento cirúrgico de Otoplastia de fratura de clavícula (E) com técnica de repouso do clavado, repouso, repouso, e em dieta zero, deambulando. Não alergia medicamentosa e cor branca. segue sob cuidados dos enfermeiros e cirurgiões.

Cirurgião: Carlos Danilo Anestesiologista: Anestesiologista: 3388 Enfermeiro: Enfermeiro: 3388

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro Luis

Enfermeiro
 Nome do Profissional: *Carla Maria*
 COREN-PI 222 383 #dbs: (86) 3252-1372 - Fx: (86) 3252-4546
 CPF 240.081.093-15 CEF: 64.280-000 - Campo Maior-PI
 CNPJ: 06.553.564/0006-42

CLÍNICA: cirúrgica ENFERMARIA/LEITO: _____ PRONTUÁRIO: 57602

NOME: Cícero Alves Feitosa Neto DATA DE NASCIMENTO: 02/08/97

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do Clavícula E

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: _____

CIRURGIA: Osteossíntese de Fratura de Clavícula E. Nº SALA 02

CIRURGIÃO: Martelo CRM-PI _____

AUXILIADORES: 1º Lucas Carvalho 2º _____

INSTRUMENTADOR (A): Maria da Solidade Matos Silva CUREN-PI 372.930
CIRCULANTE: Maria do Socorro Aleixo Daz CUREN-PI 222.583-AZ
CPF 240.081.093-15

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) RT em DDH + Bloqueio (2) Anestesia + Antiespasmódico

(3) Comprimento (4) Incisão transversa sobre clavícula E (5) Direção

por planos (6) Redução e fixação com uso de placa e parafusos

(7) Sutura por planos (8) Lavativos

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA: _____ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM (X) NÃO QUAL? _____

DATA: 02/08/19 HORA: _____

CIRURGIÃO



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

[illegible]

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno, s/n - Bairro São Luis

Phone: (86)3252-1372 - Fax: (86)3252-4546
CEP 64.280-000 - Campo Maior - PI
CNPJ 06.553.564/0001-42

PACIENTE: <u>Cícero Alves Feitosa Neto</u>									
DATA: <u>02/08/19</u>		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.							
CIRURGIA REALIZADA: <u>Osteotomia de clavícula (E)</u>								ALERGIA A:	
TIPO DE ANESTESIA: <u>Bloqueio + Sedação</u>								<u>Nega</u>	

SINAIS VITAIS	HORÁRIOS									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'					SAÍDA
P.A.	<u>130x70</u>									
F.C./PULSO	<u>63</u>									
TEMPERATURA										
OXIMETRIA	<u>98%</u>									

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA	ESCALA DE ESCORE DA DOR
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	<u>1</u>	<u>2</u>		 0 (sem dor) 1 2 3 4 5 (Dor máxima)
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	<u>2</u>	<u>2</u>		
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnéia = 0 Apnéia = 1	<u>2</u>	<u>2</u>		
CIRCULAÇÃO (PA) 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	<u>2</u>	<u>2</u>		
SpO₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 0	<u>2</u>	<u>2</u>		
TOTAL DE PONTOS				
APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS				

CONTROLES

- OXIGÊNIO TERAPIA ()
- PUNÇÃO VENOSA CENTRAL ()
- SONDA NASOGÁSTRICA ()
- SONDA NASOENTRAL ()
- SONDA VESICAL DE DEMORA ()
- DRENO DE KHER ()
- DRENO PENROSE ()
- DRENO TORAX ()
- DRENO SUÇÃO ()
- DRENO LAMINAR ()
- COLOSTOMIA ()
- GASTROSTOMIA ()
- TRAQUEOSTOMIA ()

RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: Prt encaminhado p/ SRPA ainda monitorado, orientado em tempo e espaço, respiração espontânea sem suporte de O₂, normotensão, normotêrnia. Segue sob cuidados da equipe.

Santa Pádua de Sá
Enfermeira
COREN-PI nº 152.064

Entregue:	() EX. LABORATORIAIS	() RX	() RECEITA MÉDICA	() ATESTADO MÉDICO	() F. NÃO PADRONIZADO
Encaminhado a:	() UTI	() RX	() ENFERMARIA	() EXTERNO	

**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0257807

Data: 28/07/2019

Funcionario: MANINHA

Registro: 57602

Hora: 01:18:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 3**SUS****ICERO ALVES FEITOSA NETO**

asc.: 02/08/1997 Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26

Profissão:

Civil:

CEP: 64280-000

rd.: SANTA QUITERIA, 36 - CASA

Bairro: MATADOURO

Cidade: **CAMPO MAIOR/PI**

or: PARDA

Telefone: (86) 9812-18584

Mãe: RAIMUNDA MARIA FEITOSA DA SILVA

Pai:

inica: **CLINICA MEDICA**

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA****Procedimentos**

301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação**Exames Complementares:****gnostico provavel:****Prescrição Médica:**Mylka Christine P. G. Pereira
Téc. em Enfermagem
COREN-PI 001.263.357**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 01:23:59

Prioridade:☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente**Queixa/História:** VITIMA DE QUEDA DE BICICLETA COM TRAUMA EM MSE E ESCORIAÇÃO EM MIE**Alergias:** NEGA**Medicação Usual:** NEGA

PA: 160X80 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 97

Dor:

FC: 64 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:**Conduta:** ENCAMINHADO PARA CLINICO**Dados da Alta**☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia **Destino:**147274 GLEICIANE DE ANDRADE RODRIGUES
Enfermeiro Responsável

Hora:

2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA
Médico ResponsávelCICERO ALVES FEITOSA NETO
Paciente ou Responsável



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

2 - CNES

2777754

4 - CNES

2777754

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

CICERO ALVES FEITOSA NETO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002940163016

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/08/1997

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

57602

9 - SEXO

Masc. ☒

1

Fem. ☐

2

10 - NOME DA MÃE

RAIMUNDA MARIA FEITOSA DA SILVA

12 - ENDEREÇO

SANTA QUITERIA, 36 - MATADOURO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAMPO MAIOR

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2202208

15 - UF

PI

16 - CEP

64280-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de trânsito. Ao xocar
a dama o carro e.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

AS con

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Amn e R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRA TURA LACER

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CIRURGIA GERAL

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/07/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

E220000002

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

50 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

J. Tarcia Silva de Oliveira

Atendimento:	I016121
Data:	28/07/2019
Hora:	1:45

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1026
CAMPO MAIOR/PI

Nº AIH
MANINHA

BOLETIM DE ADMISSÃO

57602 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 02/08/1997 - 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Clinica: CIRURGIA GERAL Enfermaria: CC04- CLINICA CIRURGICA - Leito: CC0401 Convênio: SUS

Escolaridade:

CPF:

RG: 4.039.625

Médico: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

C/N:

SIS Prenatal:

Endereço: SANTA QUITERIA, Nº 36 - CEP: 64280-000

Bairro: MATADOURO

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai:

Mãe: RAIMUNDA MARIA FEITOSA DA SILVA

Responsavel: CICERO ALVES FEITOSA NETO - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

História Clínica

U105 AIH

Diagnóstico Provável

FRATURA CLAVICULA

Dr. Antonio Carlos Bandeira e Silva
CRM 2140 - R. CRM 2140
CNPJ 08.259.233/22

ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI
(86) 3252-4546

Resumo de Alta / Transferência

1016121 -CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data: 28/07/2019 Leito: CC0401

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

Paciente admitido em 28/07/2019 com quadro de hipertensão arterial sistêmica. Em uso de medicação anti-hipertensiva. Evoluiu com controle da pressão arterial. Foi submetido a exames de rotina. No momento da alta, encontra-se bem, sem sintomas. Sem alterações. Sem medicação.

Medicamentos:
Captopril 150mg

Diagnóstico principal:

Hipertensão arterial sistêmica

Diagnósticos Secundários:

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☒ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para: _____

Observação: _____

Data: 03/08/19

Médico

Salmo Melo Oliveira Lima
MÉDICO
CRM-PI 3113

CRM/Carimbo

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1016121 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00

Sexo: M

Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Responsável: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

Evolução

02/08/2019

22:00:00

CLIENTE SEGUE NO LEITO, DORMINDO EM POI DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE CLAVICULA 'E'. SEM QUEIXAS.
RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE. F.O COM CURATIVO OCLUSIVO. ESTAVEL

ARTEMES

Enfermeiro(a)

Assinatura

Guilherme
Silva de Silva
Certo. Assinatura: 24/8/19
PS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1016121 - CÍCERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00

Sexo: M

Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Responsável: CÍCERO ALVES FEITOSA NETO

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

Page 1
Data impresso: 01/08/2019

Evolução

01/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

14:15:20	5º DIH POR FRATURA DE CLAVÍCULA E. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, DEAMBULANTE, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VO, SONO SATISFATÓRIO, ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS. AVP PÉRVIO.	ROSA	W de Souza R. Pessoa M. de COREN-PI 242.771 EN
----------	---	------	---

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

Data impresso: 02/08/2019

1016121 - CICCERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00 Sexo: M Idade: 22 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

02/08/2019

17:30 PCTE RETORNA DO CC, SEGUE NO PÓI DE OSTEOSSINTESE DE CLAVICULA "E", CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO SEM APORTE DE O₂, HIPOCORADO, EM DIETA ZERO ATÉ O MOMENTO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS (+) E NORMAIS, SONO PRESERVADO, SEM QUEIXAS ALGICAS. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

CAMILA

Camila Silva
COREM - PI 501.609 - EN

Profissional

Assinatura

17:30h - PA = 130/60 mmHg

Tax: 36,2°C

Cintia Pires Costa Lima
Téc. Enfermagem
COREM - PI 1156107

12:00h - PA: 120 x 80 mmHg.

Tax: 36,5°C

Cintia Pires Costa Lima
Téc. Enfermagem
COREM - PI 1156107



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Candida Dutra

Impress 31/07/2019 - 09:39:57

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1016121-CICERO ALVES FEITOSA NETO

IDADE: 22 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC04-CLINICA CIRURGICA -

LEITO: CC0403 1

ADMISSÃO: 28/07/2019

DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

31/07/2019 - 09:33:44

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	14GTS/MIN
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	+ 100 ML DE SF 0,9%
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	SN	ENDOVENOSA (EV)	+ AD SN
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	+ AD
CUIDADOS GERAIS			
PCT COM FRAT DE CLAVICULA ESQ			

AS 12:00hs PA=120x80mmHg
TAX=36.8°C

Marta Francisca Pereira da Silva Cabral
MSC. COREN-PI 601111

Vinicius Pontes

Cm 32x6

T.S. N.D.R.
Marta Francisca Pereira da Silva
MSC. COREN-PI 601111

Marta Francisca Pereira da Silva
Técnico em enfermagem
COREN-PI 910005
M.E. 6.1.5

3276 - VINICIUS PONTES DO NASCIMENTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1016121 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00 Sexo: M

Responsável: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0401

Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

31/07/2019

14:43:22	SEGUIE NO 3º DIH PARA TTO DE FRATURA DE CLAVICULA E. CONSCIENTE, ORIENTADO, RECEPTIVO AO DIALOGO, DEAMBULANDO, EUPNEICO, ACEITA DIETA, ELIMINAÇÕES REGULARES (SIC), SONO E REPOUSO PRESERVADOS.	KASSIA	 Kássia Magalhães e Silva CRM-PI 336.165
----------	---	--------	---



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ

64280-000, CAMPO MAIOR/PI

CNPJ: 06553564000642

TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 30/07/2019 - 10:06:00

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1016121-CICERO ALVES FEITOSA NETO

ENFERMARIA: CC04 CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0403

ADMISSÃO: 28/07/2019

IDADE: 22 Anos

SUS

DIAS INTERNADO: 2

Gardene Alves de M. Silva
CORREN-PI 115074-AE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

30/07/2019 - 10:05:51

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00 BS	ENDOVENOSA (EV)	14GTS/MIN
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	+ 100 ML DE SF 0,9%
RAINTIDINA, CLORIDRATO 50 MG/2 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	SN	ENDOVENOSA (EV)	
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	
CUIDADOS GERAIS			
PCT COM FRAT DE CLAVICULA ESQ			

12h: 13x7 q P=58 e T=36,3 TASS
23:40 PA=120x80 mmHg TA=36,5°C
06:15 PA=120x70 mmHg TA=36,0°C

Marta Lucia P. Gomes
CORREN-PI 115074-AE
CPF: 396.662.713-20

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1223-PI
MÉDICO
CPF 118.059.643-34

T-S-N-D-R
T-S-N-D-R
T-S-N-D-R

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

1222 - CESAR BARROS RABELO



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
Tel.: (86) 3252-4546

1016121 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1
Data Impresso: 30/07/2019

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00 Sexo: M Idade: 22 ANOS
Convenio: SUS
Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: 30/07/2019

11:02	PACIENTE SEGUE NO 2º DIH PARA TRATAMENTO DE CLAVICULA ESQUERDA, SEGUE CONSCIENTE ORIENTADO, VERBALIZANDO EUPENICO AFEBRIL HIPCORADO	PROFISSIONAL		ASSINATURA
		ANTONIA LEDA SOUSA BARROSO		

AT: 50h: PA=15x6, P=57 e 57,1

Francisco José de Sousa Santos
Técnico de Enfermagem
COREN-PI: 13.322

Antonia Leda Sousa Barroso
Enfermeira
COREN-PI: 041988



HOSPITAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

PACIENTE: 1016121-CICERO ALVES FEITOSA NETO
ENFERMARIA: CC04-CLINICA CIRURGICA -

LEITO: CC0403

IDADE: 22 Anos
ADMISSÃO: 28/07/2019

SUS

29/07/2019 - 14:22:05

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIAS INTERNADO: 1

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
CUIDADOS GERAIS	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%
PCT COM FRAT DE CLAVICULA ESQ	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	24	12/12	100 ML DE SF 0,9%

Marcelo Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13946

CONFERENCIA
Vitoria

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1016121 - CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00

Sexo: M

Idade: 22 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0403

Page 1 of 1
Data impresso: 29/07/2019

29/07/2019

Profissional		Assinatura	
8:03	PACIENTE SEGUE NO 1 DIH PARA TRATAMENTO DE CLAVICULA ESQUERDA. SEGUE CONSCIENTE ORIENTADO. VERBALIZANDO EUPENICO AFEBRIL. HIPCORADO. CONSSGUE DEAMBULAR RESPIRANDO SEM O2 UMIDO. SEGUE EM DIETA ZERO AGUARDANDO PARECER DO ORTOPEDISTA.	NOELIA	Noelia Maria Alencar Albuquerque Enfermeira COREN-PI 13855-PI
10:03	AVALIADO POR DR MARCELO HOJE. PACIENTE NAO IRA FAZER CIRURGIA HOJE DEVIDO FALTA DE MATERIAL.	NOELIA	Noelia Maria Alencar Albuquerque Enfermeira COREN-PI 13855-PI



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Imprel 28/07/2019 - 08:22:43

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1016121-CICERO ALVES FEITOSA NETO

ENFERMARIA: CC04-CLINICA CIRURGICA -

LEITO: CC0401

IDADE: 22 Anos

SUS

DIAS INTERNADO: 0

28/07/2019 - 08:19:26

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML

CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA
COM 2ML

1,00 BS
ENDOVENOSA (EV)

RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML

1,00 AMP
ENDOVENOSA (EV)

DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML

1,00 AMP
ENDOVENOSA (EV)

BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML

1,00 AMP
ENDOVENOSA (EV)

CUIDADOS GERAIS

PCT COM FRAT DE CLAVICULA ESQ

12/12H
30 GOTAS POR MIN
Mariana Francisca Pereira da Silva Cabral
INSC. COREN-PI - 001.198.894

AS 11:20h PA = 90x60 mmHg
TAX = 36°C

Mariana Francisca Pereira da Silva Cabral
INSC. COREN-PI - 001.198.894

Francisco Agamenon de Sousa Soares
Médico
28/07/2019

1872 - FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

DATA	02/08/19	SALA	02
PRONTUÁRIO	57602		

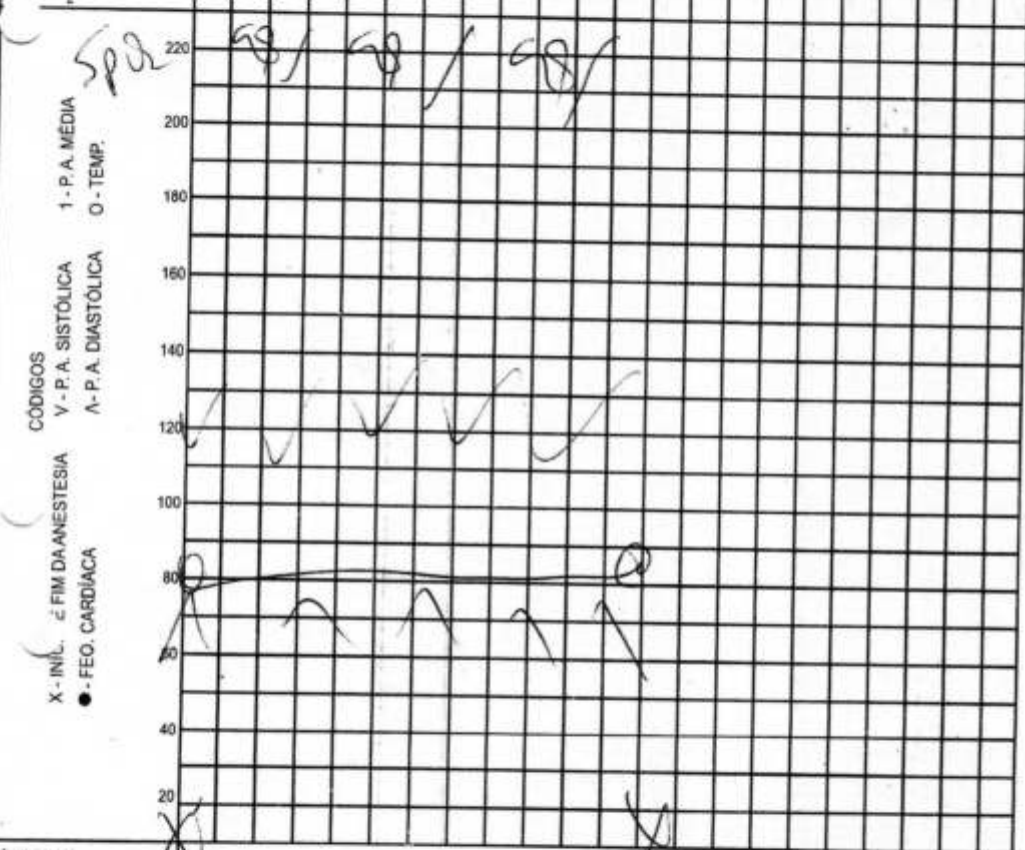
PACIENTE		Grana Alberto Pereira Neto		IDADE	25	DATA NASC	02/08/97	PESO		SEXO	M
PROCEDIMENTO											
PRESSÃO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS	ESTADO FÍSICO ASA				
HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA							

OXIGÊNIO											
SEVOFLURANO											

G	F	R
SG 5%	SF 0.9%	RINGER
P		
PLASMA	CONCENTRADO	HEMOCAS

UF Vst

SaO ₂ (%)											
EICO ₂											



SEQUÊNCIA

Uch
Abaixo

SÍMBOLOS		INÍCIO	14:45	FIM	16:00
DIURESE		DURAÇÃO 1h15m			

Técnica Anestésica: Bloqueio Interschultze e fendas

Observações:

sem intubação

☒ ECG	☐ PVC	☒ Oxigênio	☐
☐ PAM	☐ PANI	☐ Capnógrafo	☐

GASES	mm	e / Início	Fim	Tempo
Oxigênio	2			
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Ramifentanil	Fras
Adrenalina	Amp	Dormonid	Amp	Nipride	Amp	Ranitidina	Amp
Água dest. 10ml	Amp	Eferil	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Cipro 200mg	Fras	Efedrina	Amp	Neocaina 0.5%	Amp	Sufentanil	Amp
Cefazolina 1g	Amp	Fentanil (s/cos)	Amp	Neocaina 0.5%	Amp	S. Fisiológico 0.9%	Fras
Clonidina	Amp	Fentanil (frasco)	Fras	Omeprazol	Fras	S. Glicosado 5%	Fras
Colóide ()	Fras	Sevoflurano	Ml	Pancurônio	Amp	Atracúrio	Amp
Dexametasona	Amp	Hidrocodiona	Fras	Profenid	Amp	Transamin	Amp
Diazepam	Amp	Isoflurano	Ml	Propofol	Fras	Novabup 0.5%	Fras
Dimorf	Amp	Manitol	Fras	Protamina	Amp	Lidocaina 2%	Fras
Dipirone	Amp	Metronidazol	Fras	Quelcion	Fras		
Dobutamina	Amp	Narcan	Amp	Quelcion	Fras		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1016121 - CÍCERO ALVES FEITOSA NETO

Data da internação: 28/07/2019 - 01:45:00

Sexo: M

Idade: 21 ANOS, 11 MESES, 26 DIAS

Responsável: CÍCERO ALVES FEITOSA NETO

Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0403

Page 1 of 1
Data impresso: 28/07/2019

Evolução

28/07/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

11:44:20	SEGUIE PARA TTO DE FRATURA DE CLAVICULA E. CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONSIVO AO DIALOGO, DEAMBULANDO, EUPNEICO, ACEITA DIETA, SONO E REPOUSO PREJUDICADOS (SIC).	KASSIA	KASSIA ANDRÉIA Enfermeira COREN: PI 336.765
----------	--	--------	---

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CENITAL

4.039.625

DATA DE
EXPIRAÇÃO

27/03/14

INDICAÇÃO

CICERO ALVES FEITOSA NETO

FILIAÇÃO

RAIMUNDA MARIA FEITOSA DA SILVA
ANTONIO MANOEL DA SILVA

NACIONALIDADE

CAMPO MAIOR-PI

02/08/1997

DOC. CIVIL

CERT. NASC. 528 L A-1 F 133

EXP CAMPO MAIOR-PI 02/03/00

CPF

TERMINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 88.260/83

PRONTUARIO
COMPLETO
DATA: 28/07/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190671859 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO **Data do acidente:** 27/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 12 30 - CIRURGIA
BAM PG 15

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: 3190671859 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO **Data do acidente:** 27/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 12 30 - CIRURGIA
BAM PG 15

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428686/19

Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO

CPF: 075.868.343-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/07/2019

Titular do CPF: CICERO ALVES FEITOSA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO ALVES FEITOSA NETO : 075.868.343-00

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: 02/12/2019
Nome: CICERO ALVES FEITOSA NETO
CPF: 075.868.343-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

CICERO ALVES FEITOSA NETO

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190671859

Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO ALVES FEITOSA NETO

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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190671859

Vítima: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Data do Acidente: 27/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO ALVES FEITOSA NETO

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: **CICERO ALVES FEITOSA NETO**

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

Banco: **104**

Agência: **000000616**

Conta: **00000121328-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 075.868.343-00 4 - Nome completo da vítima: Cicero Alves Fritora Neto

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

5 - Nome completo: Cicero Alves Fritora Neto 6 - CPF: 075.868.343-00
7 - Profissão: Rencoso 8 - Endereço: R R Santa Quitéria, 361a
11 - Bairro: Matadouro 12 - Cidade: Cambo Maio 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 04280000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 999054054

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: 0616 CONTA: 421328 9

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 (vivo/nascido)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105361.001351/2019-15

Unidade de Registro: 2º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Marcos Antonio De Sousa Barroso

Data/Hora: 19/09/2019 - 16:11

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

1º DP DE CAMPO MAIOR

27/07/2019 - 17:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

BR 343, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA DA DONA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CICERO ALVES FEITOSA NETO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4039625 SSP PI

Endereço: RUA SANTA QUITERIA, Nº 36

Bairro: MATADOURO

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

Telefone(s): 86-8132-3439

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO COMPARECEU A ESTA DP PARA INFORMAR QUE NO DIA 27/07/2019 POR VOLTA DAS 17:30HS QUANDO PILOTAVA UMA BICICLETA FOI ABALROADO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA E QUE A MESMA SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE.QUE SEGUNDO O NOTICIANTE O MESMO FOI SOCORRIDO POR SUA NAMORADA DE NOME TAINARA SILVA DE OLIVEIRA .QUE NO OUTRO NO DIA 28/07/2019 POR VOLTA DAS 01:18HS DA MADRUGADA DEU ENTRADA NO HRCM E POSTERIORMENTE (DIA 02/08/2019)AS 14:45HS DA TARDE FOI FEITO UM PROCEDIMENTO CIRURGICO NO NOTICIANTE POIS O MESMO NO ACIDENTE ACIMA SOFRIDO VEIO A LESIONAR(QUEBRAR A CLAVICULA).ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

Marcos Antonio De Sousa Barroso - Mat.
AGENTE DE POL.

Cícero Alves Feitosa Neto
CICERO ALVES FEITOSA NETO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parafina
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 136.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 075.868.343-00 4 - Nome completo da vítima: Cícero Alves Furtosa Neto

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

5 - Nome completo: Cícero Alves Furtosa Neto 6 - CPF: 075.868.343-00
7 - Profissão: Recebe 8 - Endereço: R R Santa Quitéria, 361 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Matadouro 12 - Cidade: Cambo Maiores 13 - Estado: PI 14 - CEP: 04 28 0000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 99905 4054

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 0616

CONTA: 121328

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 do 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 (a) (s)? ☐ 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 pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO ALVES FEITOSA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000121328-9

Nr. da Autenticação A7F2FBF19439EAC9