

Controle de x Audiências x Upload x PJ Consultas pr x PJ 0816379-12 x Download f x Entrada (15) x WhatsApp x Tribunal de x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=260744&ca=2ca603d65427b327fetc74f10af0b40db6cdaa5662...

Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0816379-12.2019.8.18.0140
JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO...

9964971 - CONTESTAÇÃO (2722525 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 28/05/2020 12:18:34

28 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9964969 - CONTESTAÇÃO
 - 9964971 - CONTESTAÇÃO (2722525 CONTESTACAO 01)
 - 9964973 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2722525 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9964976 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9964977 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9964979 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

12:18

downloadBinario.seam 1 / 11

2722525- CS/ 2020-01995/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Certidão Trânsito...pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf Exibir todos x

PT 12:18 28/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08163791220198180140

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 **JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA**, 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 **18/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/10/2018**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 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				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180498884	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA	Data do acidente: 18/04/2018	Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 27/10/2018				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.				
Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações: PÁGINAS 13,14,15 PERTENCE A OUTRA VÍTIMA.				
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 joelho	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 **18/04/2018**. 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:

01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000108586-9

Nr. da Autenticação 7543A3E8A6BE0510

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,

TERESINA, 20 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o 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 **JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08163791220198180140.

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

POSSUAR DIREITO

Assinatura: Jaionara da Cruz Mendes Barbosa

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.111.000 DATA DE EMISSÃO 04/12/07

NOME JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

FILIAÇÃO MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA

NATURALIDADE JOSÉ DA CRUZ BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO 16/11/1989

END. COM. SÃO FELIX DO PIAUÍ-PI

CERT. NASC. 8445 L A13 F 159V

EXP. SÃO FELIX DO PIAUÍ-PI 11/06/92

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 22/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

Número 96-393.639-66

Nascimento 6861/11/61

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2010

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CÓDIGO DE CONTROLE 9429.A15D.63A8.0C8B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 11:12:43 do dia 07/04/2014 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA: 1457994 SSP PI

CPF: 703.754.703-44 DATA NASCIMENTO: 10/09/1971

PRACÇÃO: LUIS PROCEDOMIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC: CATHB: B

Nº REGISTRO: 02851011130 VALIDADE: 15/12/2022 Pº HABILITAÇÃO: 29/04/2003

OBSERVAÇÕES:
A

Assinatura do Titular: *Maria do Carmo*
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 20/12/2017

70615801046
PI320021300

ARACI MARTINS DO REGO LOMAO
ASSINATURA DO EMISOR

PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 OUT. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Geovaneide Nunes da Silva,

RG nº 1.157.001, data de expedição 31/10/12,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 869.883.363-20, com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Henriqueta Teixeira, nº 2581,

complemento Santo Antonio declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jaionara da Cruz Mendes Barbosa cujo o condutor era

Jaionara da Cruz Mendes Barbosa

Veículo: moto

Modelo: FLASH / MV TEEN 50

Ano: 2012

Placa: 0EF-3406

Chassi: 93FTN7XACCM003507

Data do Acidente: 18.04.2018

Local e Data: Timon - MA 18/10/2018



Geovaneide Nunes da Silva
Assinatura do Declarante

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



Reconheço como verdadeira(s) a(s) assinatura(s) de:
Geovaneide Nunes da Silva
Em Testemunho [assinatura] da verdade:
Timon - MA, 18.10.2018
Jandaina Jensen Carneiro e Silva
Escritor(a) Silva



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu maria do Carmo Procondonio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703/114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jaionara da Cruz Mendes Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 604.639.363/96, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Jaionara da Cruz Mendes Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 604.639.363/96, 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 Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Vunilha</u>	Cidade <u>Terresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD) <u>86.99982-3093</u>

Terresina de 22 de outubro de 18
Local e Data

maria do Carmo Procondonio
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 OUT. 2018
GENTE SEGURO S.A. Rua Celso de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

**Aguas de
Teresina**

Nossa água muito bem tratada

CNPJ 27157475/000106 - IE 195965574

Av. Odilô Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI

Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.36
20180807102232

MATRICULA

13650041-2

INSCRIÇÃO

MÊS/ANO

152256673

8/2018

NOME/ENDREÇO

MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep:64019330

LOCALIZAÇÃO

002-00019-002030

GRUPO

002

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A05N287017

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO TIPO

07-2018 Lido

06-2018 Lido

05-2018 Lido

04-2018 Lido

03-2018 Lido

02-2018 Lido

LIDO

16

24

16

15

15

15

NATURADO

16

24

16

15

15

15

ECONOMIAS - CATEGORIAS/TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

ANTERIOR

11/07/2018

1441

ATUAL

07/08/2018

1458

LEITURA

1441

1458

CONSUMO MÊS M3

17

VAL 10,740012

PS.PROP 2,41+1,6500= 4,06

COPING 62,41+7,5000= 69,91

TABELA DE TARIAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

RESIDENCIAL

FADIA DE CONSUMO RS/M3 E (%)

18 2% 4.000 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

DISCIPLO

VALOR REFERENTE AGUA - 61,09

> Residencial-Normal

JUROS POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

17 0 m3

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

VENCIMENTO

20/08/2018

TOTAL A PAGAR

62,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTIFICAÇÃO

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE AGUA PODERA SER MODIFICADA
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, a não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços
conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2.718	2.700	18	1,32	0,20-5,00 mg/L
CORAPARENTE	2.808	2.327	481	10,01	Inferior a 15,00
PH	2.793	2.782	11	6,82	6,00-9,50
TURBIDEZ	2.803	2.559	244	2,56	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	473	472	1	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	473	473	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 07/08/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:22

TC 1.36

20180807102232

**Aguas de
Teresina**

MATRICULA

13650041-2

INSCRIÇÃO

MÊS/ANO

152256673

8/2018

VENCIMENTO

20/08/2018

VALOR A PAGAR

62,41

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

8265000000-3 62411535000-8 00201815225-2 66730100104-2





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003685/2018-41

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 18/10/2018 - 16:02

DADOS DA OCORRÊNCIA

Data/Hora

18/04/2018 - 17:30

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

QD 18 LOTE 18 CASA A, Nº:

Complemento

Bairro

PROMORAR

Ponto de Referência

BAR BACANA

481012

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA (28 ANOS)

RG: 3111000 SSP PI

Mãe: MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA

Endereço: RUA HENRIQUETA TEIXEIRA, Nº 2581

Bairro: SANTO ANTÔNIO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO FLASH/MV TEEN 50, COR VERMELHA, PLACA OEF-3406-PI, DE PROPRIEDADE DE GEOVANEIDE NUNES DA SILVA, QUANDO AO REDUZIR A MARCHA E OLHAR PARA O LADO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, SENDO SOCORRIDA POR DANUCIA MARIA ALVES DA SILVA, RG: 5007740 SSP-PI, RESIDENTE NA QD 46 LOTE 19 CASA B, PROMORAR, E LEVADA À UPA-RENASCENÇA III, E DEPOIS TRANSFERIDA AO HUT (PRONTUÁRIO 278143). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Jaionara da Cruz Mendes Barbosa
JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA (28 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Taionara da Cruz Mendes Barbosa CPF da Vítima 604.639.363-96 Data do Acidente 18.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Tererina 22 de outubro de 18

Local e Data

Taionara da Cruz Mendes Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA **Prontuário:** 278143

Mãe: MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA **Pai:** JOSE DA CRUZ BARBOSA

End.Resid.: RUA HENRIQUETA TEIXEIRA, 2581. - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000

Nascimento: 16/11/1989 **Idade:** 28a:5m:2d **Sexo:** Feminino **Fone:** 86-99562-7209

Responsável: MELQUIADES NUNES DA SILVA **CNS:** 706004871921941

Profissão: DO LAR **CPF:** . . . - * **RG:** 3111000 - PI

G. Instrução: Médio Completo **E.Civil:** Casado(a)

End.Local.: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660815 **Data:** 18/04/2018 23:25:34 **Condução:** AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) **Convênio:** S U S

Id.Trab.: Não **Trajetos?:** Não **Típico:** Não **CID Secundário:** V299

DADOS CLÍNICOS:

Fratura de plastrão lateral 11

com 70% de redução

interna por 10 dias

PA: X **mmHg** **Pulso:** **FC:** bpm **Temp.:**

Diagnóstico Inicial: **CID:**

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:

() Melhorado () Administrativa () Retornar à Unid. Origem:

() Curado () Por Indisciplina () Transferência:

() Inalterado () Por Evasão

() A Pedido

DESTINO:

() Até 24 Hs () Família

() De 24 a 48 Hs () IML

() Após 48 Hs () Anat. Patol.

DATA SAÍDA: / /

Proced. Solicitado: 0307050551

CID Compatível:

Prof. Solicitante

Internação:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 484 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.02470
NORDE

Melquias N. da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
Carimbo- Assinatura Profissional - BE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Águas de Teresina

CNPJ 27.157.474/0001-05
Av. Odeante Araújo, 1035 - Pq. Lira - CEI - 64.002-470 - Teresina - PI
Telefone: 0800 123 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

Água muito bem tratada

TC 1.37
20180920124529

MATRICULA

14122600-5

FATURA Nº

152770795

MÊS/ANO

9/2018

NOME / ENDEREÇO

MORADOR: GEOVANEIDE NUNES DA SILVA

RUA HENRIQUETA TEIXEIRA, 2581 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64028130

LOCALIZAÇÃO

013-00069-002275

GRUPO

013

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A05L118145

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	Tipo	LIDO	FATURADO
08-2018	Lido	24	24
07-2018	Multa	40	18
06-2018	Lido	17	17
05-2018	Lido	17	17
04-2018	Lido	14	14
03-2018	Lido	19	19

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

21/08/2018

ANTERIOR

20/09/2018

ATUAL

1742

1755

CONSÓCIO TRÊS FAS

13

Lei 12.740/2013

PIS/PASEP 25,30% + 1,65% + 0,7%

COFINS 43,30% + 0,60% + 3,2%

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO M³/MÊS (N)	VALOR
0	10	2,4510 50
10	25	4,9-90 50
25	9999999	0,5200 50

DESCRIÇÃO
VALOR REFERENTE AGUA - 41,33
> Residencial-Normal
JUROS POR ATRASO
MULTA POR ATRASO

VALOR	VALOR
13,0 m3	41,33
08/2018	0,06
08/2018	1,91

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO M³/MÊS (N)

VENCIMENTO

02/10/2018

TOTAL A PAGAR

43,30

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE AGUA PODERA SER MODIFICADA CASO NAO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADROES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.443/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.290	3.290	0	1,27	0,20-5,00 mg/L
CONCORRENTE	3.349	3.061	288	8,46	Inferior a 15,00
PH	3.353	3.341	12	6,90	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.349	3.160	189	2,08	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	905	892	13	Ausencia	Ausente
ESCHEIRICHIA COLI	905	905	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 20/09/2018

HORA DA EMISSÃO: 12:49

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

(86) 99982.3093

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180498884**

Vitima: **JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA**

Data do Acidente: **18/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180498884**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13512063



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

604.639.363-96

Nome completo da vítima

Jaionara da Luz Mendes Barbosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Jaionara da Luz Mendes Barbosa		604.639.363-96		Do lar	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Henriqueta Teixeira		2581			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Santo Antonio	Teresina	Piauí	64.028-130		
Email	Telefone (DDD)				
	86199982-3093				

Dedaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 1987 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 108586 D/V 9 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO.		AGÊNCIA NRO. D/V ☐	
				CONTA NRO. D/V ☐		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 22 de outubro de 18

Local e Data

Jaionara da Luz Mendes Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

Nº Sinistro: 3180498884

Vítima: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

Data do Acidente: 18/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180498884**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: 01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000108586-9

Nr. da Autenticação 7543A3E8A6BE0510

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180498884 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 13,14,15 PERTENCE A OUTRA VÍTIMA.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/ 0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA Renascença III	Para: HUT (ORTOPEDIA)
PACIENTE: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO TRAUMA CONTUSO JLEHO DIR OCORRIDO HOJE COM DOR LOCAL SEM DEFORMIDADE. RX JOELHO DIR COM FRATURA PLATO LATERAL DE TTO CIRURGICO. (S 82.1) ENCAMINHO AO HUT PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO.	
TERESINA-PI 18/04/2018 18:11	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
	
TERESINA-PI _/_/_	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO:198731825	Nº DA REGULAÇÃO: 23037
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: JAONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA	NASCIMENTO: 16/11/1989

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:			
TRAUMA CONTUSO JOELHO D OCORRIDO HOJE COM DOR LOCAL SEM DEFORMIDADES RX JOELHO D COM FRATURA NO PLATO LATERAL DE TTO CIRURGICO.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
RX			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:		FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:
GLICEMIA:		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
		USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

ATA: 18/04/2018 20:55:06

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





NOME DO PACIENTE: Jailsonara da Cruz M. Barbosa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 278143

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".



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA **Prontuário:** 278143

Mãe: MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA **Pai:** JOSE DA CRUZ BARBOSA

End.Resid.: RUA HENRIQUETA TEIXEIRA, 2581. - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000

Nascimento: 16/11/1989 **Idade:** 28a:5m:2d **Sexo:** Feminino **Fone:** 86-99562-7209

Responsável: MELQUIADES NUNES DA SILVA **CNS:** 706004871921941

Profissão: DO LAR **CPF:** - - - * RG: 3111000 - PI

G. Instrução: Médio Completo **E.Civil:** Casado(a)

End.Local.: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660815 **Data:** 18/04/2018 23:25:34 **Condução:** AMBULANCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) **Convênio:** S U S

Id.Trab.: Não **Trajetos?:** Não **Tipico:** Não **CID Secundário:** V299

DADOS CLÍNICOS:

Fratura de plav. lateral 11

em 7 de Abril de 2018

Inten. de 10 a 12

PA ☒ mmHg **Pulso:** ☐ **FC:** ☐ bpm **Temp.:** ☐

Diagnóstico Inicial: ☐ **CID:** ☐

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

☐

☐

☐

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem: ☐ Transferência:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 23 JUL 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 466 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 HCRA:
		DATA SAÍDA: / /	
ÓBITO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs	DESTINO: ☐ Família ☐ IML ☐ Anat. Patol.	☐ Internação na Unidade Proced. Solicitado: 0309050551	Prof. Solicitante Internação:
		CID Compatível: 582.1	

Melquias N. da Silva
 Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 Carimbo- Assinatura Profissional - BE

FMS **SUS** **HUT**

DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

0803

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	212580
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA	6 - Prontuário:	278143
CNS:	706004871921941	8-Nascimento:	16/11/1989
1-Mãe:	MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA	9-Sexo:	Feminino
3-Resp:	MELQUIADES NUNES DA SILVA	RG:	3111000 - PI
5-End:	RUA HENRIQUETA TEIXEIRA, 2581. - SANTO ANTONIO - CEP: 64000-000	12-Fone:	86-99562-7209
6-Munic:	TERESINA	14-Cor:	Preta
		17-Cod.IBGE:	221100
		18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura do platô tibial

2 - Condições que justificam a internação:

Fratura

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	Tempo (h):
0408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.:	31-Docum.:
	02	01
	CPF	809.651.803-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	
BERGIEL BARBOSA BEZERRA	18/04/2018	

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRU-PI 2503

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Mo. Emissão:	41-Código:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-Código:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
	16/05/18
48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Melquias N. da Silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

NÃO VERIFICADO

23 JUL 2018

50- Assinatura do Conselho

Rua Codinho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.00247

Impresso em 18/04/2018 23:34:05

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 68623
AIH: 2218100220369

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES
5828856

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

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS 706004871921941	NOME DO PACIENTE JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA	NASCIMENTO 16/11/1989	SEXO F	PRONTUARIO 278143
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8695627209	NOME DA MÃE MARIA DE JESUS MENDES BARBOSA	RESPONSÁVEL MELQUIADES DA SILVA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 2581
BAIRRO SANTO ANTONIO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME FISICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) BERGIEL BARBOSA BEZERRA CPF: 80963190387
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 18/04/2018
DATA ADMISSÃO 18/04/2018 23:25	DATA ALTA 20/04/2018 10:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) AARAUJO CRUZ MENDES CPF: 13178547304	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA CPF: DATA ANALISE: 18/04/2018 23:58:07
---	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico pré-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 19 / 04 / 18

NOME DO PACIENTE:	Jacouara da Cruz Mendes Barbosa	PRONTUÁRIO Nº	278143
DIAGNÓSTICO:	FMI - AUTO TIBIAL	CRURGIA:	MFI e PUL
ANESTESIA:	Rapide	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	G. Lactse	CPF Nº:	140-756 Frontiers
AUXILIAR:	Resid.	CPF Nº:	TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
ANESTESIA:	D. Aldo	CPF Nº:	CRM-P2 2560 SBO 10306
INSTRUMENTADORA:	Salomé	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	14	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 18	UNID.	01		Crepom 20cm	Unid	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	03		CIRCULANTE: Celia			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - FICHA DE EVOLUÇÃO				IDADE	anos	DATA	19/04/2018
NOME <u>Jailsonara</u>				HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>11</u> hs <u>50</u> min			
TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (x) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO				CIRURGIÃO			
CIRURGIA REALIZADA				CIRURGIÃO			
SINAIS VITAIS		HORÁRIO		ADMISSÃO		SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)							122/74
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)							100
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)							97%
TEMPERATURA AXILAR (O° C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
NOME/ MATRÍCULA	<u>Jelyane</u>						
ÍNDICE DE ADRITTEE KROULIK				ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	☐	2	☐	2
	Movimenta dois membros	1	1	☒	1	☐	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☐	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☐	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☐	1	☐	1
	Tem apnéia	0	0	☐	0	☐	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☐	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☒	2	☐	2
	Desperta, se solicitado	1	1	☐	1	☐	1
	Não responde	0	0	☐	0	☐	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☐	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO				TOTAL	09	10	
ESCALA DE DOR ALTA				ASS.			
() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Stomia	Sonda Nasogástrica		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL
LUGAR DE ENFERMAGEM: <u>1150 Admitida na SRPA em PUF de 1ha cirurgias para</u> <u>posterior em julho @ submetida a raque. Condição física</u> <u>resposta com 100% de SPO₂. FO anestesia limpa. mantida</u>							
13:30h Recebe alta médica, estável.							
Jelyane Alcântara do Prado COREN-PI 312.232-ENF							
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 23 OUT. 2018 AGENTE SEGURADORA S. Rua Coelho de Resende, 465 Loja Centro - Norte CEP: 64.00247							
PRESCRIÇÃO MÉDICA				ALTA SRPA Dra. Diabla Brasileira MÉDICA ANESTESIOLOGISTA CRM PI - 5028			
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS () POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR ()							

Jaicnara da Cruz Mendes

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Jaicnara da Cruz Mendes					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
DATA: 28/05/18 HORA: 18h	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Piasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV					
8 - Cleopare 403 cap 5c 1x/dia					
Dr. Reginaldo Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PA 25.038					
Dr. José Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM-PA 25.038					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Francisca Francisca Mendes Costa

Diagnóstico pré-operatório Fract. distal. Femur

Operação - Tipo R.A.F.T.

Cirurgião Dr. Fernando

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Rose

Anestesista Dr. Thiago

Anestesia Respire

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Quebra de 1 parafuso intra-op.

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Corte distal sob traqueia estéril
- 2) Prepou hab. real
- 3) Via LATERAL + dissecção
- 4) Redução
- 5) Fixação ci placa + parafusos
- 6) Lavagem ci SF 0,9%
- 7) Sutura
- 8) Curativo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3447 - TEOT 11313

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Francisca Joacine Mendes Costa		Nº DE REGISTRO	
DATA: 21/05/18	P. ARTERIAL 15x75	PULSO	RESPIRAÇÃO 18/min	TEMPERATURA	PESO 88
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITOS	DOS. UREIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				EFETOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500		1. Mupirocin 2%	
TEMPERATURA T		SANGUE 300		2. Anestesia local 1%	
P. ARTERIAL V O PULSO		OUTROS 100		3. Anestesia geral 1%	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		36		4. Anestesia geral 1%	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		240		5. Anestesia geral 1%	
RESPIRAÇÃO O		200		6. Anestesia geral 1%	
SÍMBOLOS		180		7. Anestesia geral 1%	
TÉCNICAS		160		8. Anestesia geral 1%	
OPERAÇÕES		140		9. Anestesia geral 1%	
CIRURGIÕES		120		10. Anestesia geral 1%	
ANESTESISTAS		100		11. Anestesia geral 1%	
PARTICULARIDADES		80		12. Anestesia geral 1%	
		60		13. Anestesia geral 1%	
		40		14. Anestesia geral 1%	
		20		15. Anestesia geral 1%	
		10		16. Anestesia geral 1%	
		0		17. Anestesia geral 1%	
				18. Anestesia geral 1%	
				19. Anestesia geral 1%	
				20. Anestesia geral 1%	
				21. Anestesia geral 1%	
				22. Anestesia geral 1%	
				23. Anestesia geral 1%	
				24. Anestesia geral 1%	
				25. Anestesia geral 1%	
				26. Anestesia geral 1%	
				27. Anestesia geral 1%	
				28. Anestesia geral 1%	
				29. Anestesia geral 1%	
				30. Anestesia geral 1%	
				31. Anestesia geral 1%	
				32. Anestesia geral 1%	
				33. Anestesia geral 1%	
				34. Anestesia geral 1%	
				35. Anestesia geral 1%	
				36. Anestesia geral 1%	
				37. Anestesia geral 1%	
				38. Anestesia geral 1%	
				39. Anestesia geral 1%	
				40. Anestesia geral 1%	
				41. Anestesia geral 1%	
				42. Anestesia geral 1%	
				43. Anestesia geral 1%	
				44. Anestesia geral 1%	
				45. Anestesia geral 1%	
				46. Anestesia geral 1%	
				47. Anestesia geral 1%	
				48. Anestesia geral 1%	
				49. Anestesia geral 1%	
				50. Anestesia geral 1%	
				51. Anestesia geral 1%	
				52. Anestesia geral 1%	
				53. Anestesia geral 1%	
				54. Anestesia geral 1%	
				55. Anestesia geral 1%	
				56. Anestesia geral 1%	
				57. Anestesia geral 1%	
				58. Anestesia geral 1%	
				59. Anestesia geral 1%	
				60. Anestesia geral 1%	
				61. Anestesia geral 1%	
				62. Anestesia geral 1%	
				63. Anestesia geral 1%	
				64. Anestesia geral 1%	
				65. Anestesia geral 1%	
				66. Anestesia geral 1%	
				67. Anestesia geral 1%	
				68. Anestesia geral 1%	
				69. Anestesia geral 1%	
				70. Anestesia geral 1%	
				71. Anestesia geral 1%	
				72. Anestesia geral 1%	
				73. Anestesia geral 1%	
				74. Anestesia geral 1%	
				75. Anestesia geral 1%	
				76. Anestesia geral 1%	
				77. Anestesia geral 1%	
				78. Anestesia geral 1%	
				79. Anestesia geral 1%	
				80. Anestesia geral 1%	
				81. Anestesia geral 1%	
				82. Anestesia geral 1%	
				83. Anestesia geral 1%	
				84. Anestesia geral 1%	
				85. Anestesia geral 1%	
				86. Anestesia geral 1%	
				87. Anestesia geral 1%	
				88. Anestesia geral 1%	
				89. Anestesia geral 1%	
				90. Anestesia geral 1%	
				91. Anestesia geral 1%	
				92. Anestesia geral 1%	
				93. Anestesia geral 1%	
				94. Anestesia geral 1%	
				95. Anestesia geral 1%	
				96. Anestesia geral 1%	
				97. Anestesia geral 1%	
				98. Anestesia geral 1%	
				99. Anestesia geral 1%	
				100. Anestesia geral 1%	

MOD 76 - HUT

TERCIO MENDES BARBOSA
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-RJ 5187

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 OUT. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Francisco Joseane Vitor Costa		Nº DE REGISTRO	
DATA	15/05/18	P. ARTERIAL	15x75	PULSO	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE URINA				HEMATOCRITOS	ALTURA
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		SISTEMA CIRCULATÓRIO		ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO		SISTEMA DIGESTIVO		ASMA	
ESTADO MENTAL		SISTEMA URINÁRIO		BRONQUITE	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		CORTICOIDES		ATARÁXICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO AS		OUTROS	
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES			
LÍQUIDOS		SEQUÊNCIA			
TEMPERATURA		DURAÇÃO			
P. ARTERIAL					
V. O. PULSO					
INÍCIO E FIM ANESTESIA					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO					
SÍMBOLOS		INCIDENTE - ACIDENTE			
TÉCNICAS		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
PARTICULARIDADES					

MOD 76 - HUT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

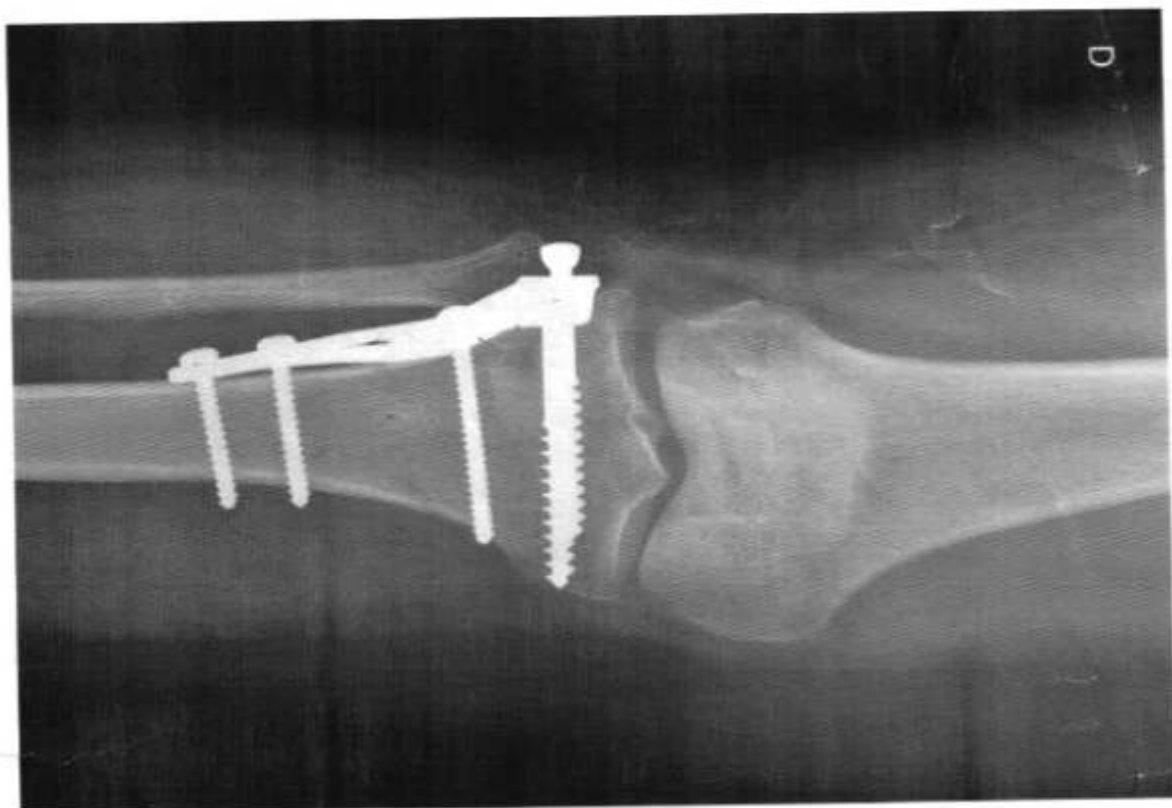
Nº ORDEM.....: 707032689**NOME.....:** JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA**MÉDICO SOLIC:****DATA LAUDO....:** 06/06/2018**CONVÊNIO:** SUS**DATA REALIZ:** 04/06/2018**IDADE:** 28 anos**CRM:** -PI**CÓDIGO:** 34380**RX JOELHO DIREITO**

O estudo radiológico do joelho direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura no platô tibial comprometendo a superfície articular fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**Controle ortopédico.****IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI**Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-35Telefone: (86) 3227-6255
Fax: (86) 3216-1520

HIPATPI
JAONARA DA CRUZ MENEZES BARBOSA
Idade: 0287Y
Sexo: F



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 OUT. 2018
SEGURO S.A.
de Resende, 465 Loja C
Porte CEP: 84.002470

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180498884 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Jaionara da Cruz Mendes Barbosa</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão:
Identidade nº: <u>3.111.000 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>604.639.363-96</u>	
Endereço: <u>Rua Henriqueta Teixeira n: 2581</u>		
<u>Bairro Santo Antonio, Teresina - PI</u>		
CEP: <u>64.028.330</u>	Telefone: <u>(86) 99405-4326</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF nº: 703.754.703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telefone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, N° 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vitima Jaionara da Cruz Mendes Barbosa

Timon-MA

18/10/2018

Local e data

1º OFICIO

Reconheço como verdadeira(s) e(s) firma(s) de:

Jaionara da Cruz Mendes Barbosa

Jaionara da Cruz Mendes Barbosa

- Outorgante -

Em Testemunho

da verdade:

Wandaina Jansen Carneiro e Silva

Wandaina Jansen Carneiro e Silva
Escritor

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 OUT. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Norte CEP: 64.002470



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180498884 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00