

Controle de x Audiências x Upload x PJ Consultas pr x PJ 0800004-11 x Download f x WhatsApp x Tribunal de x Entrada (16 x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=415207&ca=b5e5ed293a5d36e0aa14c960ec8f87795db7e9cf20...

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

**PJE** ProceComCiv 0800004-11.2020.8.18.0039  
MARCIO BARBOSA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

10015217 - CONTESTAÇÃO (2723942 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 01/06/2020 12:12:52

01 Jun 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10015212 - CONTESTAÇÃO
  - 10015217 - CONTESTAÇÃO (2723942 CONTESTACAO 01)
  - 10015218 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2723942 CONTESTACAO Anexo 02)
  - 10015220 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 10015229 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
  - 10015230 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO )

12:12

downloadBinario.seam 1 / 11

2723942- CS/ 2020-02077/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08000041120208180039

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf Comprovante.pdf ilovepdf\_merged.pdf protocolo.pdf p.pdf Exibir todos x

PT 12:13 01/06/2020



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

Processo: 08000041120208180039

**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 **MARCIO BARBOSA DA SILVA**, 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 **22/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/08/2019**.

Cumprе 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### **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, CPC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>“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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

| <b>PARECER DE ANÁLISE MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                     | <br>Seguradora<br><b>LÍDER</b><br>Administradora do Seguro DPVAT |                  |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|
| <b>DADOS DO SINISTRO</b>                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>Número:</b> 3190505477                                                                                                                                                                                                                              | <b>Cidade:</b> Barras                               | <b>Natureza:</b> Invalidez Permanente                                                                                                               |                  |                              |
| <b>Vítima:</b> MARCIO BARBOSA DA SILVA                                                                                                                                                                                                                 | <b>Data do acidente:</b> 22/07/2019                 | <b>Seguradora:</b> COMPREV SEGURADORA S/A                                                                                                           |                  |                              |
| <b>PARECER</b>                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>Diagnóstico:</b> FRATURA DO NARIZ, ARCO ZIGOMÁTICO E MAXILAR A DIREITA                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>Descrição do exame físico:</b> PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM FACE, COM DOR A MOBILIZAÇÃO DE ARCO TOPOGRAFIA DO MAXILAR E MANDÍBULA; ABERTURA BUCAL DE CERCA DE 2,5-3 CM                                                                          |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>Resultados terapêuticos:</b> PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL                                                                                |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>Sequelas permanentes:</b> Cranio-facial                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>Sequelas:</b> Com sequela                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>Data do exame físico:</b> 29/10/2019                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>Conduta mantida:</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>Observações:</b> Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.                                                                                                                                                                                  |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.</b>                                                                                                                                                                              |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>DANOS</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                                     |                  |                              |
| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>                                                                                         | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 | 100 %                                               | Em grau leve - 25 %                                                                                                                                 | 25%              | R\$ 3.375,00                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     | <b>Total</b>                                                                                                                                        | <b>25 %</b>      | <b>R\$ 3.375,00</b>          |

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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **22/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 07/11/2019 |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   |            |
| VALOR TOTAL:           | 3.375,00   |

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02844-4

CONTA: 000010029553-3

---

Nr. da Autenticação 107C9000F34EE968

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 parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

---

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

<sup>5</sup>**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\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

#### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

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.

---

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

<sup>7</sup>art. 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,

BARRAS, 26 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 esfincteriano; (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 **MARCIO BARBOSA DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BARRAS**, nos autos do Processo nº 08000041120208180039.

Rio de Janeiro, 26 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





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001286/2019-75**

Unidade do Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 13/08/2019 - 10:28

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Data/Hora

22/07/2019 - 10:30

Tipo Local

URBANA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

ESTRADA VICINAL NA LOCALIDADE SANTA RITA, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Tipo Evento: VITIM/Nascente

CPF: 045 SSP/PI

Nome: SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA

Nome: LEVI BORGES BARBOSA

Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS, Nº

Complemento: Q-E, CASA 07

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: BARRAS

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corpórea acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Renault

Modelo: OUTROS

Ano: 2016

Placa: P106845

Chassi: 93Y9SR546GJ2B8111

Renavam: 01092628166

Cor: Branca

Condutor: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 045 SSP/PI UF: RG: PI

Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS Número: Complemento: Q-E, CASA 07

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: DIRCEU LUSTOSA MIRANDA

Cidade: TERESINA UF: Bairro:

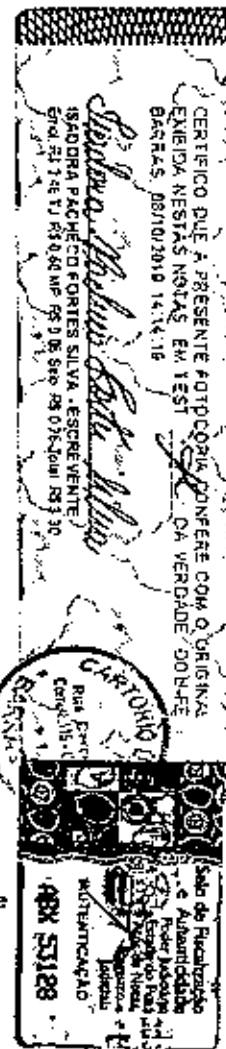
**RELATO DA OCORRÊNCIA**

NOTICIANTE QUE DIA 22/07/2019, POR VOLTA DAS 10:30 HRS, ESTAVA TRANSITANDO A TRABALHO. POIS O NOTICIANTE É MOTORISTA PROFISSIONAL, NO VEÍCULO EM PROPRIEDADE DO NACIONAL DIRCEU LUSTOSA MIRANDA, ATRAVÉS DA ESTRADA DA LOCALIDADE SANTA RITA, ZONA RURAL DE BARRAS - PI, QUANDO DE REPENTE O VEÍCULO APRESENTOU PROBLEMAS NO SISTEMA DE FREIOS DE FORMA QUE O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAPOTOU SENDO A FICAR FORA DA PISTA; QUE COM A COLISÃO O NOTICIANTE TEVE FERIMENTOS NO ROSTO, SENDO SOCORREU POR UM MORADOR DO LOCAL, QUE O TROUXE PARA O HOSPITAL DE BARRAS - PI, ONDE FICOU 24 HORAS INTERNADO; QUE DO LOCAL FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA ONDE PASSOU 11 DIAS INTERNADO E PASSOU POR CIRURGIAS NO ROSTO, DEVIDO A FRATURAS NOS OSSOS DO LOCAL.

Geraldo Magela Veras Neto - Mai.  
AGENTE DE POL.

Marcio Barbosa da Silva  
MARCIO BARBOSA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Verificação de dados  
Sistema de Informação



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IM.



**O PEDIDO DO SEGURO DPVAT**  
**ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA**  
**PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE**  
**PAGAMENTO.**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02844-4

CONTA: 000010029553-3

---

Nr. da Autenticação 107C9000F34EE968

023140717

YDYALAPAGOR (P)

|                            |                             |                  |            |
|----------------------------|-----------------------------|------------------|------------|
| Atual:                     |                             | Atual:           |            |
| Anterior:                  | 2671                        | Anterior:        | 13/06/2019 |
| Consente de Multiplicação: | 2671                        | Próxima Leitura: | 15-05-2019 |
| Consumo Medido:            | 1,000                       | Emissão:         | 15-07-2019 |
| Consumo Fabricado:         | 0                           | Aprovação:       | 12-06-2019 |
| Forma de Pagamento:        | 30                          | Dias de Consumo: | 13-06-2019 |
|                            | Código de Inquilinato: FCAH |                  |            |

---

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |             | 29             |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| Class/Substância             | Unidade | Número Medidor | Posto | Código Fát. | Mês a 12 meses |

|        |     |                                    |                     |       |
|--------|-----|------------------------------------|---------------------|-------|
| MAI/19 | 0   | CONSULHO                           | 30 A R\$ 0,674079 = | 20,22 |
| ABR/19 | 3   | CORRECAO MONETARIA 10 05/19-00     |                     | 1,25  |
| MAR/19 | 56  | MULTA POR ATRASO 03/19-00          |                     | 0,97  |
| FEV/19 | 92  | JUROS POR ATRASO 03/19-00          |                     | 1,18  |
| JAN/19 | 102 | ADICIONAL RANFEEIA APARCELA - 0,10 |                     |       |
| DEZ/18 | 176 |                                    |                     |       |
| NOV/18 | 183 |                                    |                     |       |
| OUT/18 | 225 |                                    |                     |       |
| SET/18 | 67  |                                    |                     |       |
| AGO/18 | 78  |                                    |                     |       |

TOTAL 501 TRIBUTOS:  
R\$ 30 - 0,674079

Comprovante

**Comprovante de residencia**

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica e a partir de 20-05-2019, de faturas das contas revisadas nesta fatura, o não pagamento onde ensinar (aviso) bem e incluído de nome do consumidor. Se não for pago, informamos a (aviso) (aviso) (aviso) (aviso) e a reavaliação no atendimento (aviso) (aviso) (aviso) (aviso) e a reavaliação no valor de R\$ 20,18 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 0500 036 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 25 20 23

\_\_\_\_\_

## RESERVANDO AD FISCO

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$**

## IMPOSTOS/TEBUTOS - 25

[illegible]

CAMPO MAIOR

|      |       |
|------|-------|
| 2012 | 10.54 |
|------|-------|

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| SEU CÓDIGO   | TOTAL A PAGAR - R\$ |
| 1334881-7    | 23,62               |
| MÊS FATURADO | VENCIMENTO          |
| 06/2019      | 20-06-2019          |

COMPANHIA EXERCÍCIA DO PARÁ  
Av. Maranhão 730 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 66.840-740/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.303-5

Nº de Nota Fiscal: 023140217 FCAM

8363000000 4 23620017000 9 00000001334 2 88170510000 2



SEQ.: 00259 UC: 1334881-7 DT. LEIT.: 13/06/2019 T. ENTR.: 03  
LEITURA: 2671 MINIMO TOTAL: 23,62 CARGA: 001  
DT. VENC.: 20-06-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2031

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, João Francisco Veloso Miranda

RG nº 63.639, data de expedição 02/06/1962

Órgão GOPI, portador do CPF nº 025.755.743-15

com domicílio na cidade de Barras, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

PR 212 Loc Marupa, nº 5/n

complemento Km 05, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

cujo o condutor era Marcio Barbosa da Silva

Veículo: \_\_\_\_\_ Modelo: Fiat/Strada Working cd Ano: 2015

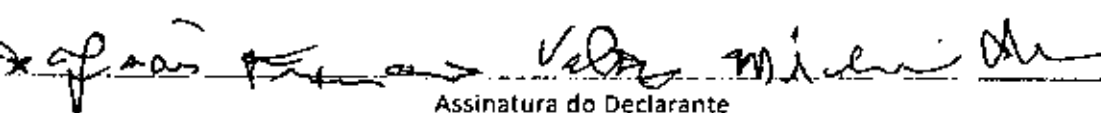
Placa: PM-6118 Chassi: 9BD57834UGB049669

Data do Acidente: 20/07/19

Declaração do proprietário do veículo



Local e Data: Barras - PI 14/08/2019

  
Assinatura do Declarante

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

CNPJ: 06.842.751/0001-31 - CNS: 148520

RECONHECIMENTO POR AUTENTIDADE A FIRMA DE JOÃO FRANCISCO VELOSO MIRANDA EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. BARRAS. 14/08/2019 14:36:35

Adilson Pacheco Fortes Silva  
ESCRITÓRIO PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE  
CNPJ: 08.915.771-11 R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Balc: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,08



Adilson Pacheco Fortes Silva  
ESCRIVENTE



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

Documentação médico-hospitalar



NOME DO PACIENTE: Marcos Barbosa da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 517 680

**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".

Patrícia Virna Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

*Neurocirurgia OK*  
*Buco OK*  
*geral OK?*

Imp: 23/07/2019 19:49:12

(User: PABLO DANTAS)

(Estação: CONSULTA03)

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

|                                                                                     |                                         |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> MARCIO BARBOSA DA SILVA                                                |                                         | <b>Prontuário:</b> 517680                         |
| <b>Mãe:</b> SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA                                              | <b>Pai:</b> LEVI BORGES BARBOSA         |                                                   |
| <b>End. Resid.:</b> Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - BARRAS - PI - CEP: 64100-000 |                                         |                                                   |
| <b>Nascimento:</b> 25/08/1979                                                       | <b>Idade:</b> 39a10m29d                 | <b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-99564-7333 |
| <b>Responsável:</b> O MESMO                                                         | <b>CNS:</b> 700203967252925             |                                                   |
| <b>Profissão:</b> MOTORISTA                                                         | <b>Documento:</b> Reg.Nasc: 00000000000 |                                                   |
| <b>G. Instrução:</b> Não informado                                                  | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a)             |                                                   |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                                                      |                                     |                        |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Idigo:</b> 732567                                                                                 | <b>Entrada:</b> 23/07/2019 19:15:17 | <b>Convênio:</b> S U S | <b>Proced:</b> 0301060061 |
| <b>Motivo da Procura</b><br>(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM VEÍCULO PESADO |                                     |                        |                           |
| <b>Condução:</b> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR                                                     |                                     |                        |                           |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b><br>TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO                                                                                                                                                                                                                           | <b>Classificação:</b><br>Dor moderada | <b>Cor:</b><br>Amarelo                                                          |
| <b>Breve História Clas. Risco:</b><br>Paciente regulado de Barras-PI vítima de TCE e trauma facial há mais de 24h durante acidente de carro SIC. Glasgow 15. Eupneico. Hematoma palpebral bilateral. Soturas supercílio D e região nasal. Tampão na narina D. Neq alergias e comorbidades. |                                       | <b>JAIR JOSÉ DE MOURA FEITOSA</b><br>COREN 209683 PI<br>Em: 23/07/2019 19:31:12 |

|                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SSVV:</b> (Hora: : )                                                                                              |
| <b>Peso:</b> 0,00 Kg <b>Altura:</b> 0,00 M <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m <sup>2</sup> <b>Pulso:</b> bpm <b>Pressão:</b> mmHg |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b><br>ACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 1DIA,, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO. VEIO COM SUSPEITA DE FRATURA DE FACE.<br><br>A) VIAS AERIAS PERVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCRA RÍGIDA<br>B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXPANSIBILIDADE PRESERVADA; SRA<br>C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;<br>D) PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW PRESERVADO<br>E) EXTREMIDADES SEM ALTERAÇÕES |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| <b>Diagnóstico Inicial:</b><br>? | <b>CID:</b> |
|----------------------------------|-------------|

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Exames Complementares:</b><br>(1267623) - T.C. DE CRÂNIO<br>(1267624) - T.C. DE FACE | <i>Neurocirurgia</i><br><i>De fratura Automóvel - C15.</i><br><i>TC crânio sem lesões intracranianas</i><br><i>Sem fratura em hemisfério. Presença de fratura</i><br><i>- Zígon (D), Maxila (B) e Nasal</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prescrição Médica:</b><br><i>Somente Neurocirurgia - Atopos B</i><br><i>Nel Buco</i> | <i>Leonardo de Moura S. J. Jr.</i><br><i>Neurocirurgião</i><br><i>CRM - PI 3511</i><br><i>Patricia Viana Sales Leão</i><br><i>Matrícula: 027496</i><br><i>SABOT - HUT</i><br><i>CONFERE COM ORIGINAL</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                     |                            |              |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------|
| <b>Motivo da Alta/Encerramento:</b> | <b>Observação (Adulto)</b> | <b>DATA:</b> |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------|

Assinatura Paciente ou Responsável

PABLO DANTAS ALENCAR  
CRM: 6306 Em: 23/07/2019 19:49:11



P

PPREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

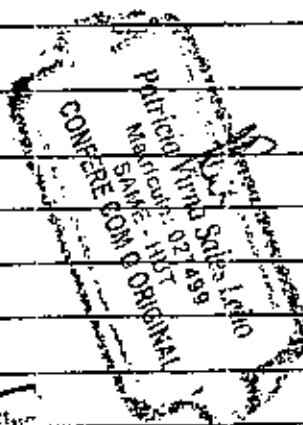
# PRESCRIÇÃO MÉDICA

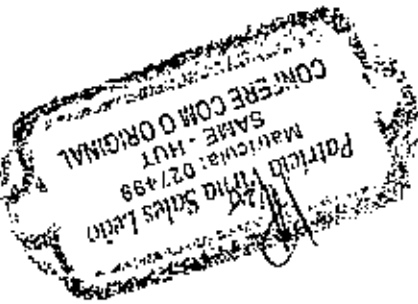
BUCCO

211-04

|                                                                        |            |                                 |         |              |       |
|------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|---------|--------------|-------|
| NOME DO PACIENTE                                                       | PRONTUÁRIO | D. NASCIMENTO                   | CLÍNICA | ENF. ou APT. | LEITO |
| Marcio Barbosa da Silva                                                | 517630     | 25/03/79                        | POA     | Correio      |       |
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES                                       | ALERGIAS   | MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE |         |              |       |
| 7º Dtt: Fratura CEM 2 e 3 + GN { Braxador de Elita<br>Fratura lateral. |            | BUCOMAXILOFACIAL                |         |              |       |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                      | HORÁRIO    | OBSERVAÇÕES                     |         |              |       |
| DATA: 30/07/19 HORA: 07:30                                             |            |                                 |         |              |       |
| 1) Dieta líquida pastosa                                               |            |                                 |         |              |       |
| 2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h                                       |            |                                 |         |              |       |
| 3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h                                        |            |                                 |         |              |       |
| 4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h                                         |            |                                 |         |              |       |
| 5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h                        |            |                                 |         |              |       |
| 6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h                                |            |                                 |         |              |       |
| 7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h                                     |            |                                 |         |              |       |
| 8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia                           |            |                                 |         |              |       |
| 9) SSVV + CCGG                                                         |            |                                 |         |              |       |

Dr. Matheus





Dr. Lídia Neves  
OFICINA ODONTOLÓGICA  
CRM-PI 3048

OTOMORFOLOGIA: 2410719 CO: 53  
trauma de pele no nariz da face, esquerda  
de duplo. AV: 51C OS = 03 OE = 110  
Pupila: OS = pouco reagente, em repouso convergente  
NCC = OS = reflexo para supra, direito e esquerdo  
E nistagmo lateral OS = bulbo no repouso, no  
direito RND OS = bulbo no repouso, no  
CA 51 RCA: enviações horizontais de os e de os, no  
sem alteração. FO: OS = reflexo opino cerceado,  
para adorno nascente. OE = 51 alteração  
Tudo OS = 15. TC = 11: enviações de auto-metabolismo  
to, pouco metáfora de alteração.  
CD = bolha no maxilar superior 3/32  
em dentes e alveolos.  
provações em 2 dias 2/32  
curvas:

CID: 502.7  
COD: 0404020518

CD: Exatidão pela RMR.

Exatidão de exatidão matemática; exatidão;  
aproximação exatidão na face; exatidão matemática  
o auto-metabolismo, exatidão matemática, exatidão  
e pouco exatidão e exatidão matemática. de  
exatidão matemática foi observado exatidão matemática  
exatidão matemática e pouco exatidão matemática, e  
exatidão matemática.

Dr. Luiz Braz  
CRM-PI 4523  
Buro de Odontologia  
Est. Cirurgião Bucal

# FICHA DE ADMISSÃO



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Prontuario:

517680

Internação:

243686

Nome: **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

End. Resid.: Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS

Cidade: BARRAS - PI

CEP: 64100-000

|                                |                                       |                               |                                             |                                |
|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Sexo:</b><br>Masculino      | <b>Nascimento:</b><br>25/08/1979      | <b>Idade:</b><br>39a10m29d    | <b>Estado Civil:</b><br>Solteiro(a)         | <b>Profissão:</b><br>MOTORISTA |
| <b>Admissão:</b><br>23/07/2019 | <b>G. Instrução:</b><br>Não informado | <b>Fone:</b><br>86-99566-7333 | <b>Cartão SUS (CNS):</b><br>700203967232925 | <b>Procedência:</b><br>BARRAS  |

Pai: LEVI BORGES BARBOSA

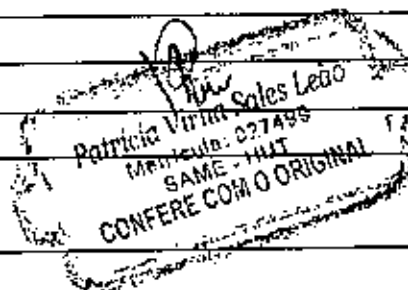
Mãe: SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA

Cônjuge:

Responsável:

End. Responsável:

Documento:



Internou-se neste Hospital: ( ) Sim ( ) Não Internou Noutros Hospitais ( ) Sim ( ) Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

ESCORIAÇÕES NA FACE

LACERAÇÕES SUTURADAS NO ARCO SUPERCILIAR D.

EDEMA CONJUNTIVAL D.

FRATURA COZM BILATERAL, ASSOALHO E PAREDE LATERAL DE ORBITA E FRATURA OFN

## DIAGNÓSTICO:

|                                                                        |                                 |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Provisório: Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face | C I D: 5027                     |
| Principal:                                                             | C I D:                          |
| Intercorrência:                                                        |                                 |
| Sintomas e Sinais Principais:                                          | Causa Mortis: Hist. Patológico: |

## TRATAMENTO:

| TIPO:           | TERAPEUTICA MEDICA: | OPERAÇÃO:  | EFICACIA:        |
|-----------------|---------------------|------------|------------------|
| ( ) Nenhum      |                     | Principal: | ( ) Eficaz       |
| ( ) Médico      |                     |            | ( ) Ineficaz     |
| ( ) Cirúrgico   |                     | Acessoria: | ( ) Prejudicial  |
| ( ) Méd. Cirug. |                     |            | ( ) Não Avaliado |

## DURAÇÃO:

|                  |                        |                      |                 |                                              |
|------------------|------------------------|----------------------|-----------------|----------------------------------------------|
| Data Internação: | Hora:                  | Data Alta:           | Hora:           | Data Hospitalização:                         |
| ALTA SAÍDA:      |                        | TRANSFERÊNCIA:       |                 | OBITO:                                       |
| ( ) Curado       | ( ) A Pedido           | ( ) Por Indisciplina | ( ) Fisiologia  | ( ) <48 H. estado agônico ou pré-agônico     |
| ( ) Melhorado    | ( ) Int. P/Diagnóstico | ( ) Evasão           | ( ) Psiquiatria | ( ) <48 H. SEM estado agônico ou pré-agônico |
| ( ) Inalterado   | ( ) Decisão Médica     | ( ) P. Ambulatório   | ( ) Outros      | ( ) Após 48 horas de internação              |

Em: 23/07/2019

Ass. Médico

|                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |  | No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)<br><br><div style="font-size: 2em; font-family: cursive;">226552</div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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  |                       |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 5828856 | 243686                |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|        |                                                   |               |                 |               |           |
|--------|---------------------------------------------------|---------------|-----------------|---------------|-----------|
| Nome:  | MARCIO BARBOZA DA SILVA                           |               | 6 - Prontuário: | 517680        |           |
| CNS:   | 700203967252925                                   | 8-Nascimento: | 25/08/1979      | 9-Sexo:       | Masculino |
| Mãe:   | SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA                        |               | 12-Fone:        | 86-99564-7333 |           |
| Resp:  | (O MESMO)                                         |               | 14-Cor:         | Parda         |           |
| Ender: | Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - CEP: 64100-000 |               |                 |               |           |
| Munic: | BARRAS                                            | 17-Cod. IBGE: | 220120          | 18-UF:        | PI        |
|        |                                                   | 19-CEP:       | 64100-000       |               |           |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                                            |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| - Principais sinais e sintomas clínicos:                                                                                                                                   |                             |
| ECORIAÇÕES NA FACE<br>LACERAÇÕES SUTURADAS NO ARCO SUPERCILIAR D.<br>LACERAÇÃO CONJUNTIVAL D.<br>FRATURA COZM BILATERAL, ASSOALHO E PAREDE LATERAL DE ORBITA E FRATURA CPN |                             |
| - Condições que justificam a internação:                                                                                                                                   |                             |
| NO CIRURGICO                                                                                                                                                               |                             |
| - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):                                                                                           |                             |
| DE FACE                                                                                                                                                                    |                             |
| - Diagnóstico inicial:                                                                                                                                                     |                             |
| Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face                                                                                                                 |                             |
| 24-CID Prim:                                                                                                                                                               | 25-CID Sec.: 26-CID C.Aux.: |
| S027                                                                                                                                                                       |                             |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                           |                                             |                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|
| -Cod.Proced.:                             | 27-Procedimento Solicitado:                 | Tempo SUS                       |
| 0404020518                                | OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA | 2                               |
| -Clínica:                                 | 30-Carêter: Ident.:                         | 31-Docu.:                       |
|                                           | 02                                          | 01                              |
|                                           | CPF                                         | 903.382.193-15                  |
| Nome Profissional Solicitante/Assistente: | 34-Data Solicitação:                        |                                 |
| EDUARDOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA         | 23/07/2019                                  |                                 |
|                                           |                                             | 35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CNS) |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                                                                                                                                                                                          |                     |                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| - ( ) Acidente de Trânsito                                                                                                                                                                                               | 39-CNPJ Seguradora: | 40-No. Bilhete:  | 41-Série: |
| - ( ) Acidente Trabalho Típico                                                                                                                                                                                           | 42-CNPJ Empresa:    | 43-CNAR Empresa: | 44-CBOR:  |
| - ( ) Acidente Trabalho Trajeto                                                                                                                                                                                          |                     |                  |           |
| - Vínculo com a Previdência:                                                                                                                                                                                             |                     |                  |           |
| <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado |                     |                  |           |

AUTORIZAÇÃO

|                                     |                    |                                                                                               |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome do Profissional Autorizador:   |                    | 47-Data Autorização:                                                                          |
|                                     |                    |                                                                                               |
| Documento:                          | 49-Num. Documento: |                                                                                               |
| CNS - ( ) CPF                       |                    | 50-Ass. Carimbo - (Rg. Conselho) -                                                            |
| Assinatura Paciente ou Responsável: |                    | Usuário: (YULLE)<br>Consulta Local: 732567<br>Consulta SUS:<br>Impressão: 23/07/2019 22:32:13 |

# SUMÁRIO DE ALTA



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Prontuário:

517680

Internação:

243686

Nome: **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

End. Resid.: Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS

Cidade: BARRAS - PI

CEP: 64100-000

|                           |                                  |                            |                                     |                                |
|---------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Sexo:</b><br>Masculino | <b>Nascimento:</b><br>25/08/1979 | <b>Idade:</b><br>39a10m29d | <b>Estado Civil:</b><br>Solteiro(a) | <b>Profissão:</b><br>MOTORISTA |
| <b>Internação</b>         |                                  | <b>Alta</b>                |                                     | <b>Permanência</b>             |
| <b>Data</b><br>23/07/2019 | <b>Hora</b><br>22:28             | <b>Data</b><br>31/07/19    | <b>Hora</b><br>07:00                |                                |

## Diagnósticos:

Cod.CID:

CID Principal:

9027

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

Exatidão em fotos laterais na região do arco ligamentar e  
hiperextensão da primeira vértebra da coluna por trauma (sem fratura)  
sem fratura: grande lesão de ligamento

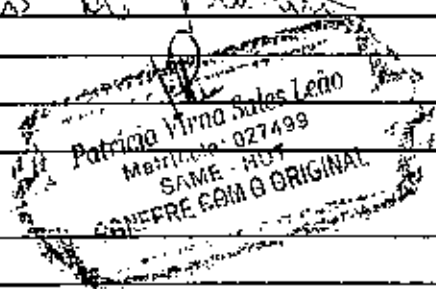
## EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente com evolução em resposta a tratamento com  
medicação, fisioterapia, massagem das células paravertebrais, melhora  
na dor e função motora

**MEDICAÇÕES:** Analgésico, Anti-inflamatório, 7.000 mg, 1 comprimido  
3 vezes ao dia, Buprenorfina 0,2mg

**CIRURGIA:** Data: 28/07/19 Tipo: Otimização do Fracasso  
Completo da estabilização manual

## PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:



**Tipo de Alta:** ( ) Curado (x) Melhorado ( ) Pedido ( ) Evasão ( ) Administrativa  
( ) Óbito ( ) Transferência outro serviço ( ) Outro motivo.

## TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: Transporte:

Nome:

**Dr. Agen Lima**  
Esp. Cirurgia e Traumatologia  
Puch México/Fatal

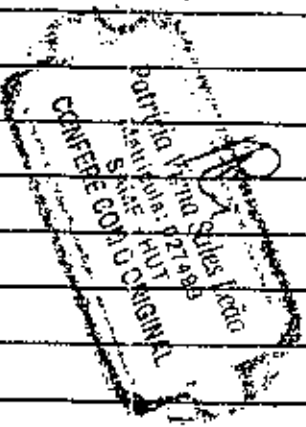
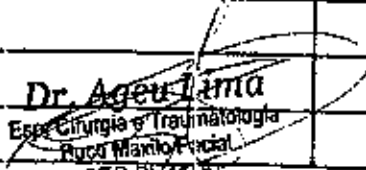
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**FMS**

Fundação Municipal  
de Saúde

|                                                                                      |                             |                                   |         |                            |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------|----------------------------|--------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Marcos Barbosa da Silva</i>                                   | FRONTUÁRIO<br><i>517650</i> | D. NASCIMENTO<br><i>25/05/79</i>  | CLÍNICA | ENF. ou APT.<br><i>211</i> | LEITO<br><i>04</i> |
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES<br><i>2000: Fratura do fêmur direito do M.M.</i>    | ALERGIAS                    | MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE |         |                            |                    |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA<br>DATA: <i>31/07/19</i> HORA: <i>04:00</i>                        | HORÁRIO                     | OBSERVAÇÕES                       |         |                            |                    |
| <i>NTA</i>                                                                           |                             |                                   |         |                            |                    |
| <i>HOSPITALAR</i>                                                                    |                             |                                   |         |                            |                    |
|   |                             |                                   |         |                            |                    |
|  |                             |                                   |         |                            |                    |

MÉDICO/CRM:

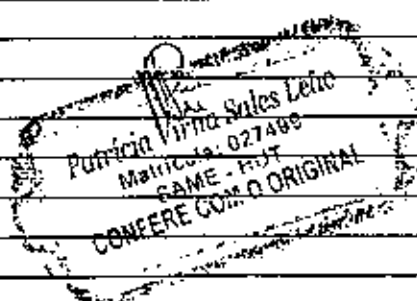
|                                                 |  |                                                                                                                                                                                                  |                                 |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| NOME DO PACIENTE <u>Marcos Roberto da Silva</u> |  | IDADE <u>81</u> ANOS                                                                                                                                                                             | DATA <u>1</u> / <u>1</u> / 2019 |
| HORA DE ADMISSÃO <u>14</u> hs <u>15</u> min     |  | TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO |                                 |
| CIRURGIA REALIZADA <u>Mastectomia</u>           |  | CIRURGIÃO <u>Dr. [Assinatura]</u>                                                                                                                                                                |                                 |

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO                   |       |
|---------------------------------|---------------------------|-------|
|                                 | ADMISSÃO                  | SAÍDA |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | <u>122 / 68</u>           |       |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | <u>103</u>                |       |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | <u>94</u>                 |       |
| TEMPERATURA AXILAR (O° C)       | <u>36,5</u>               |       |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   | <u>18</u>                 |       |
| NOME / MATRÍCULA                | <u>L. D. [Assinatura]</u> |       |

| ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK    |                                                                                             |   | ADMISSÃO                   |                            | SAÍDA                      |                            |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ATIVIDADE MUSCULAR           | Movimenta os quatro membros                                                                 | 2 | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|                              | Movimenta dois membros                                                                      | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
|                              | É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | 0 | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| RESPIRAÇÃO                   | É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | 2 | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|                              | Apresenta dispnéia ou limitação da respiração                                               | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
|                              | Tem apnéia                                                                                  | 0 | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| CIRCULAÇÃO                   | PA em 20% do nível pré-anestésico                                                           | 2 | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|                              | PA em 20-40% do nível anestésico                                                            | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
|                              | PA em 50% do nível pré-anestésico                                                           | 0 | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| CONSCIÊNCIA                  | Está lúcido e orientado no tempo e espaço                                                   | 2 | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|                              | Desperta, se solicitado                                                                     | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
|                              | Não responde                                                                                | 0 | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| SATURAÇÃO O <sub>2</sub>     | É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | 2 | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|                              | Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
|                              | Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0 | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| ESCALA DE DOR (0 a 10)       |                                                                                             |   | TOTAL                      |                            |                            |                            |
| ESCALA DE ANSIEDADE (0 a 10) |                                                                                             |   | ASS.                       |                            |                            |                            |

| SONDA VESICAL |    | DRENO DE SUÇÃO |    | DRENO TORÁCICO |    | DVE |    | COLOSTOMIA |  | SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE |  |
|---------------|----|----------------|----|----------------|----|-----|----|------------|--|---------------------------|--|
| hs            | mL | hs             | mL | hs             | mL | hs  | mL |            |  |                           |  |
| hs            | mL | hs             | mL | hs             | mL | hs  | mL |            |  |                           |  |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 14:45h Dor moderada na CPA no pós de postura de encosto. Sem efeito de analgesia geral administrada. Respirando espontaneamente, com estado geral satisfatório. Úlcera labial 12/19/19



|                   |                             |                                      |
|-------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| ORIENTAÇÃO MÉDICA | ALTA SRPA <u>Aldrete 10</u> | ANESTESIOLOGISTA <u>[Assinatura]</u> |
| HORÁRIO           |                             |                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AMINHAMENTO <input type="checkbox"/> EXTERNO <input type="checkbox"/> SALA DE GESSO <input type="checkbox"/> IMAGENS E GRÁFICOS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| TO: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA PED. UTI: <input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> NEURO <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> QUEIM. CLÍNICA: <input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> JORT <input type="checkbox"/> NEU <input type="checkbox"/> CIR <input type="checkbox"/> MÉD |

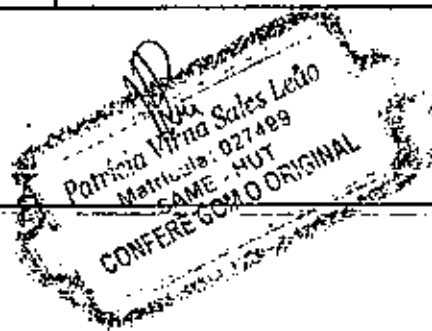


## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

### Centro Cirúrgico

|                            |                               |               |            |
|----------------------------|-------------------------------|---------------|------------|
| Nome do Paciente           | Márcio Barbosa da Silva       |               |            |
| Diagnóstico pré-operatório | Fract. de maxila II + DBO (D) |               |            |
| Operação - Tipo            |                               |               |            |
| Cirurgião                  | Dr. Fabricio                  | Assistente    |            |
| 2º Assistente              |                               | 3º Assistente |            |
| Instrumentador(a)          | Claudia                       | Anestesiista  | Dr. Alécio |
| Anestesia                  | Gaseosa                       |               |            |
| Medicamento(s)             |                               |               |            |
| Data da Operação           | 29.07.19                      | Início        | Fim        |
| Diagnóstico Pós-operatório | 1864                          |               |            |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Relatório Imediato do Patologista | 1 |
| Acidente Durante a Operação       | 1 |



### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Antissepsia
2. (Antissepsia) intra e extra oral
3. Infiltração local com lidocaína 2% com vaso + tampão
4. Acesso pela laceração fronto-zigomática D e acesso intra-oral, em maxila bilateral
5. Bloqueio intermaxilar
6. Redução + fixação de parede lateral de órbita utilizando sistema 1.5 com 02 placas e 11 parafusos e maxila D 1 placa e 4 parafusos e maxila E 1 placa e 4 parafusos
7. Remoção do bloqueio intermaxilar
8. sutura + remoção do tampão orofaríngeo

Dr. Fabricio Barbosa da Silva  
Buro. Maxilo-Facial  
CRM 11.154



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/07/19

|                   |                         |                |        |
|-------------------|-------------------------|----------------|--------|
| NOME DO PACIENTE: | Marcio Barbosa da Silva | PRONTUÁRIO Nº: | 317580 |
| DIAGNÓSTICO:      |                         | CIRURGIA:      |        |
| ANESTESIA:        | Dr. Alexio              | Nº DA SALA:    | 09     |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Fabricio            | CPF Nº:        |        |
| AUXILIAR:         |                         | CPF Nº:        |        |
| ANESTESIA:        | Genival                 | CPF Nº:        |        |
| INSTRUMENTADORA:  | Claudia                 | CPF Nº:        |        |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO           | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI 15    | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 710 1715        | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 03     |       | LUVA Nº 810             | PAR    | 01     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | -      |       | LUVA DE PROCEDIMENTO    | PAR    | 09     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 80     |       | PVPI DE GERMANTE Clotex | ML     | 80     |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO             | ML     | 80     |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | -      |       | PVPI TINTURA            | ML     | -      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC            | UNID.  | 03     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | -      |       | SERINGA 10CC            | UNID.  | 03     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 80     |       | SERINGA 5CC             | UNID.  | 02     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC             | UNID.  | -      |       |
| FORMOL                  | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO 300    | FRASCO | 02     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL           | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº                | UNID. | -      |       | Lapar y Video           | UN     | 01     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCCORRÊNCIA             |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                         |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                         |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                         |        |        |       |
| MONONYLON               | 20    | 01     |       |                         |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:             |        |        |       |
| VICRYL                  | 30    |        |       | CIRCULANTE:             |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                         |        |        |       |





# BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico  
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

## MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul  
Fone/Fax: (55 86) 3222-7386  
CEP 64.001-310 - Teresina - Piauí  
Insc. Est. nº 19.444.630-1  
CNPJ nº 03.512.566/0001-90  
biosintese@biosinteseprima.com.br

## FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009  
Cond. Metropolitan Market Place - Cuiabá  
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0540  
São Luís - Maranhão  
Insc. Est. 12.310.276-6  
CNPJ 03.512.566/0002-71  
biosintese\_ma@biosinteseprima.com.br

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital:

HUT

N.P.J.

Assinatura

cargo

Nome

Valda

Código Ropm Nº

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

04 microplacas de titânio  
(inclui parafusos)

01 - orbital 1 OF.  
01 - orbital 4 F.  
01 - ponte 4 F.  
01 - Kera 2004

Dr. Ricardo Gomes Silva  
CRM - 10.000.000-0  
000.000.000-0

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

29/07/19

DATA DA ALTA

PACIENTE - Nome:

Nárciso Barbosa da Silva

Nº AIH:

243686

Nº do Prontuário:

517680

Data da Internação

Procedimento Médico Realizado:

0401020518

Indicador de Compatibilidade:

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome:

Dr. Fabrício

CRM Nº

# AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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  |                       |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 5828856 | 243686                |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|             |                                                   |                 |               |
|-------------|---------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| Nome:       | MARCIO BARBOSA DA SILVA                           | 6 - Prontuário: | 517580        |
| CNS:        | 700203967252925                                   | 8-Nascimento:   | 25/08/1979    |
| 1-Mãe:      | SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA                        | 9-Sexo:         | Masculino     |
| 3-Resp:     | (O MESMO)                                         | 0000000000      |               |
| 5-Endereço: | Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - CEP: 64100-000 | 12-Fone:        | 86-99564-7333 |
| 6-Munic:    | BARRAS                                            | 14-Fone:        |               |
|             | 17-Cod. IBGE: 220120                              | 18-UF:          | PI            |
|             |                                                   | 19-CEP:         | 64100-000     |

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

|                                          |                                                                  |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 30 - Procedimento Principal / Descrição: |                                                                  |
| 0404020518                               | OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA                      |
| 32 - Descrição do Procedimento Especial: |                                                                  |
| 0702050482                               | PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS) |
| Quant. Solicitada:                       | 4                                                                |

Fornecedor da OPM: BIOSÍNTESE

|                                  |                                 |  |
|----------------------------------|---------------------------------|--|
| 3-Profissional Responsável:      | 40-Tp. Documento:               |  |
| CARLOS EDUARDO MEINDONÇA BATISTA | CPF                             |  |
| 9-Data Solicitação:              | 40-No. Doc. Méd. Solic.:        |  |
| 29/07/2019                       | 903.382.193-15                  |  |
|                                  | 41-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM) |  |

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Revisão + PIR.*

## AUTORIZAÇÃO

|                                        |                      |                                |
|----------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização: | 48-CNS/CPF:                    |
|                                        | / /                  |                                |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização: |                      |                                |
|                                        |                      | 49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) |

|                                                                  |                      |                                |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| 50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização: | 52-CNS/CPF:                    |
|                                                                  | / /                  |                                |
|                                                                  |                      | 53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) |

(ANTONIO EURIVAN)

Patricia Virna Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SANE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARCIO BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 517660)  
Endereço: **Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - BARRAS - PI CEP: 64100-000**  
Nascimento: **25/08/1979** Idade: **39a10m29d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **732567**  
Requisição: **979733** Solicitação: **23/07/2019** Solicitante: **PABLO DANTAS ALENCAR**  
Controle: **1257624** Convênio: **S U S**

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 23/07/2019

**T.C. DE FACE**

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

**RELATÓRIO:**

- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS E DESCRITAS:
- \* PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
- \* ARCOS ZIGOMÁTICOS;
- \* SEPTO NASAL;
- \* OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ;
- \* PROCESSOS PTERIGOIDEOS;
- \* CRISTA GALLI;
- \* PAREDES DOS SEIOS FRONTAIS;
- \* PAREDES DA ÓRBITA DIREITA;
- \* ASSOALHO, PAREDES MEDIAL E LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA;
- \* PAREDES DAS CÉLULAS ETMOIDAIIS BILATERAIS;
- HEMOSSINUS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/07/2019

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARCIO BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 517580)  
 Endereço: **Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - BARRAS - PI CEP: 64100-000**  
 Nascimento: **25/08/1979** Idade: **39a11m5d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **243686**  
 Requisição: **982032** Solicitação: **29/07/2019** Solicitante: **CARLOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA**  
 Controle: **1272478** Convênio: **S U S** CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 LEITO 04

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 29/07/2019

**T.C. DE FACE**

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

**RELATÓRIO:**

**- EXAME REALIZADO PARA CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSÍNTESE METÁLICA EM OSSOS DA FACE BILATERAL.**

JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 30/07/2019

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARCIO BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 517680)  
Endereço: Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - BARRAS - PI CEP: 64100-000  
Nascimento: 25/08/1979 Idade: 39a10m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 732567  
Requisição: 979732 Solicitação: 23/07/2019 Solicitante: PABLO DANTAS ALENCAR  
Controle: 1257523 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010076

Data Exame: 23/07/2019

**T.C. DE CRANIO**

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

**RELATÓRIO:**

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- FRATURAS NA FACE. REALIZADO EXAME ESPECIFICO NO MESMO DIA.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/07/2019

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CPF: 854.812.033-81 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                               |                       |                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------|------------------|
| NOME DO PACIENTE: <i>JOÃO CARLOS DE SOUZA</i> |                       |                  |
| CARTÃO DO SUS                                 | CPF                   | IDENTIDADE       |
| <i>23967252025</i>                            | <i>093.575.533-48</i> | <i>3.065.245</i> |
| DATA DO NASCIMENTO                            | PROFISSÃO             | SEXO             |
| <i>25-08-81</i>                               |                       |                  |
| ENDEREÇO: <i>RESIDENCIAL, RUA LUIZ</i>        |                       | NÚMERO:          |
| TELEFONE                                      | MUNICÍPIO             | ESTADO           |
|                                               | <i>BARRAS</i>         | <i>PI</i>        |
| BAIRRO: <i>PARQUE DE SANTO ANTONIO</i>        |                       |                  |
| CEP: <i>64.100-000</i>                        |                       |                  |
| FILIÇÃO                                       |                       |                  |
| PAI: <i>JOÃO CARLOS DE SOUZA</i>              |                       |                  |
| MÃE: <i>SILVIA DE SOUZA</i>                   |                       |                  |

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| DATA DO ATENDIMENTO | HORA         |
| <i>25-08-2025</i>   | <i>08:35</i> |

MOTIVO DO ATENDIMENTO

|                        |
|------------------------|
| GL: <i>207 mg/12</i>   |
| PA: <i>120/80 mmHg</i> |
| TP°C:                  |
| STO2: <i>98%</i>       |
| F.C: <i>72 bpm</i>     |
| P:                     |

DIAGNÓSTICO

*PT VITAMINACÃO ACORDAR AUTOMATIZADO*

*CONTINUAÇÃO*

*MULTIPLES FRATURAS FASE D*

*01/09/2025*

TRATAMENTO REALIZADO

*38 mg/kg*

*19/08/2025*

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

|                                                     |                                           |                                            |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONSULTA BÁSICA CURATIVO   | <input type="checkbox"/> AEROSO           | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO |
| <input type="checkbox"/> DRENAGEM DE ACESSO         | <input type="checkbox"/> PRESSÃO ARTERIAL | <input type="checkbox"/> RAIOS X           |
| <input type="checkbox"/> RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | <input type="checkbox"/> SUTURA CIRURGICA | <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO       |
| <input type="checkbox"/> PEQUENA CIRURGIA           | <input type="checkbox"/> ECG              |                                            |

|      |                                            |
|------|--------------------------------------------|
| DATA | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL |
|      |                                            |

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

*Assinatura e Carimbo do Médico Responsável*

*União / 2025*

*União / 2025*



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS  
HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO



**Hospital Regional  
Leônidas Melo**

**FOLHA DE EVOLUÇÃO**

|                   |                    |               |
|-------------------|--------------------|---------------|
| NOME DO PACIENTE: | LEITO / ENFERMARIA | Nº PRONTUÁRIO |
| NOME DO MÉDICO:   |                    |               |

[illegible]

CNPJ: 06.553.564/0002-19  
Praça Monsenhor Bosen, 210 - Centro, CEP: 64100-000  
Barras-PI. Fone: (86) 3242-1544  
E-MAIL: hrlmleonsmelos@gmail.com

**FOLHA DE PRESCRIÇÃO**

NOME DO PACIENTE: Márcio Barros da Silva

ENFERMARIA/LEITO: 04/02

NOME DO MÉDICO: Alcides

Nº PRONTUÁRIO

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | HORÁRIO ADM. MEDICAMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12   | Paracetamol 1000mg po q8h<br>Clonazepam 0,5mg po q8h<br>Difenidramina 30mg po q8h<br>Vit. K 10mg po q8h<br>Vit. B12 1000mcg po q8h<br>Vit. C 1000mg po q8h<br>Vit. E 1000mg po q8h<br>Vit. A 10000mg po q8h<br>Vit. D 10000mg po q8h<br>Vit. F 10000mg po q8h<br>Vit. G 10000mg po q8h<br>Vit. H 10000mg po q8h<br>Vit. I 10000mg po q8h<br>Vit. J 10000mg po q8h<br>Vit. K 10000mg po q8h<br>Vit. L 10000mg po q8h<br>Vit. M 10000mg po q8h<br>Vit. N 10000mg po q8h<br>Vit. O 10000mg po q8h<br>Vit. P 10000mg po q8h<br>Vit. Q 10000mg po q8h<br>Vit. R 10000mg po q8h<br>Vit. S 10000mg po q8h<br>Vit. T 10000mg po q8h<br>Vit. U 10000mg po q8h<br>Vit. V 10000mg po q8h<br>Vit. W 10000mg po q8h<br>Vit. X 10000mg po q8h<br>Vit. Y 10000mg po q8h<br>Vit. Z 10000mg po q8h | 12:00<br>14:00<br>16:00<br>18:00<br>20:00<br>22:00<br>24:00<br>26:00<br>28:00<br>30:00<br>32:00<br>34:00<br>36:00<br>38:00<br>40:00<br>42:00<br>44:00<br>46:00<br>48:00<br>50:00<br>52:00<br>54:00<br>56:00<br>58:00<br>60:00<br>62:00<br>64:00<br>66:00<br>68:00<br>70:00<br>72:00<br>74:00<br>76:00<br>78:00<br>80:00<br>82:00<br>84:00<br>86:00<br>88:00<br>90:00<br>92:00<br>94:00<br>96:00<br>98:00<br>100:00 | 10:30 Paciente bem<br>cultura neste setor<br>ulceras de pressão<br>autoclavadas, com<br>ferimentos superficiais<br>com sutura, e de<br>uma e lesão na<br>na região ocular<br>Gl: 20% sang. de. Ma<br>PA: 120/80 mmHg. Ch8<br>5102.98%<br>EC: 75.50 mm.<br>13:56 Paciente em<br>cuidado com sonda<br>nasoal. Je<br>specimen sede urina<br>to, pa=100x70 mmHg, Ch8: |

Assinatura do Médico  
Alcides  
CRM: 3093

Dr. Robinson de Carvalho Miranda  
CRM: 28.76  
CPF: 708.783.873-18





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

Prontuario:

517680

Internação:  
243686

## RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                                                                         |                                |                        |                                        |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------|----------------------------------------|-------------------------|
| Nome: <b>MARCIO BARBOSA DA SILVA</b>                                                                                                    |                                |                        |                                        |                         |
| End. Resid.: <b>Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS</b>                                                                                    |                                |                        |                                        |                         |
| Cidade: <b>BARRAS - PI</b>                                                                                                              |                                |                        | CEP: <b>64100-000</b>                  |                         |
| Sexo:<br>Masculino                                                                                                                      | Nascimento:<br>25/08/1979      | Idade:<br>39a10m29d    | Estado Civil:<br>Solteiro(a)           | Profissão:<br>MOTORISTA |
| Admissão:<br>23/07/2019                                                                                                                 | G. Instrução:<br>Não informado | Fone:<br>86-99564-7333 | Cartão SUS (CNS):<br>700203967252925   | Procedência:<br>BARRAS  |
| Pai: <b>LEVI BORGES BARBOSA</b>                                                                                                         |                                |                        | Mãe: <b>SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA</b> |                         |
| Responsável:                                                                                                                            |                                |                        |                                        |                         |
| End. Responsável:                                                                                                                       |                                |                        |                                        |                         |
| Documento:                                                                                                                              |                                |                        |                                        |                         |
| Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):<br><b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM VEÍCULO PESADO</b> |                                |                        |                                        |                         |

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

| Internação                                                                |                | Alta                |                | Clínica:   |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|----------------|------------|
| Data:<br>23/07/2019                                                       | Hora:<br>22:28 | Data:<br>31/07/2019 | Hora:<br>07:00 | SALA VERDE |
| <b>Diagnóstico de Admissão:</b>                                           |                |                     |                |            |
| Procedimento: 0404020518 - OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA     |                |                     |                |            |
| CID 10: S027 - Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face |                |                     |                |            |
| <b>Diagnóstico de Alta:</b>                                               |                |                     |                |            |
| Procedimento: 0 mesmo                                                     |                |                     |                |            |
| CID 10: 0 mesmo                                                           |                |                     |                |            |
| <b>Tratamento Realizado:</b>                                              |                |                     |                |            |
| 0 mesmo                                                                   |                |                     |                |            |
| <b>Exames Realizados:</b>                                                 |                |                     |                |            |
| Tc de Crânio<br>Tc de Face<br>Exames Complementares                       |                |                     |                |            |

**Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.**

31/07/2019

Data

Dr. Agen Lima  
Esp. Cirurgia e Traumatologia  
Rua Manoel Falcão  
CRO-PI: 44/6

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO: O LUGAR DE DEUS MARTINS

**POLEGAR DIREITO**

*Marcio Barbosa da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.065.045 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/08/07

NOME **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

FILIAÇÃO **SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA  
LEVÍ BORGES BARBOSA**

NATURALIDADE **BARRAS-PI** DATA DE NASCIMENTO **25/08/1979**

DOC. ORDEM **CERT. NASC. 45494 L 41A E 88  
EXP BARRAS-PI 14/08/07**

TERCEIRA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/05/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de Inscrição **043.575.533-18**

Nome **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

Nascimento **25/08/1979**

Cartão de identificação eletrônica  
Vale para apresentação junto ao documento de identidade

Processo **AB02007**

**Barco do Brasil**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**POLEGAR DIREITO**

*Marcio Barbosa da Silva*  
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**TÍTULO ELEITORAL** IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

DATA DE NASCIMENTO **25/08/1979** Nº INSCRIÇÃO **0380 8437 1562** ZONA **008** SEÇÃO **0035**

MUNICÍPIO / UF **BARRAS/PI** DATA DE EMISSÃO **05/08/2015**

*Edvaldo P. Moraes*  
JUIZ ELEITORAL

DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013604820986  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01068805436 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME JOAO FRANCISCO VELAZO MIRANDA

CPF/CNPJ 02575574315 PLACA PIM-6118

PLACA ANT. UF CHASSI 9BD578340GB049667

ESP/CAMINHONH/AB/GAB. COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARCA/MODELO FIAT/STRADA WORKING CD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2016

CAP/POT/CIL 04P/086CV/00C CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1º IPVA

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00 OF (R\$) 000,00 PREMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES

A/FID. BANCO ITAUCARD S.A. CMT 002, 1º PGT 001, TRANSFERENCIA

BARRAS LOCAL DATA 04/09/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013604820986 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 04/09/2018

VIA 1 CFF/CNPJ 02575574315 PLACA PIM-6118

RENAVAM 01068805436 MARCA/MODELO FIAT/STRADA WORKING CD

ANO FAB. 2015 COT. ÚNICA 10 Nº CHASSI 9BD578340GB049667

PREMIO TARIFARIO 000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 047,66

\* COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 23/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.009/0001-04



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190505477**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS, 7, Q E cs 7 - Mato Cachorro - Barras - PI - CEP 64100-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **3065045**

Data e local do acidente: [ **22/07/2019** ] **ZONA RURAL DE BARRAS/PI**

Data e local do exame: [ **29/10/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO NARIZ, ARCO ZIGOMÁTICO E MAXILAR A DIREITA**

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

**PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM FACE, COM DOR A MOBILIZAÇÃO DE ARCO TOPOGRAFIA DO MAXILAR E MANDÍBULA; ABERTURA BUCAL DE CERCA DE 2,5-3 CM**

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL**

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**CRÂNIO-FACIAIS**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

**CRÂNIO-FACIAIS**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Comércios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.575.533-18

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO BARBOSA DA  
SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de TML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

MARCIO BARBOSA DA SILVA : 043.575.533-18

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

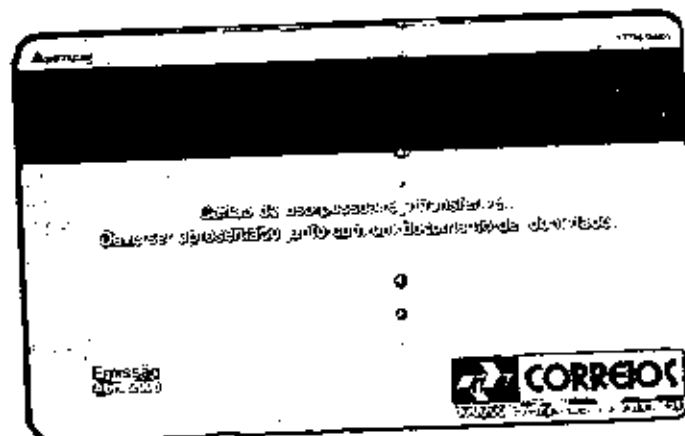
Data da entrega: 29/08/2019  
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA  
CPF: 043.575.533-18

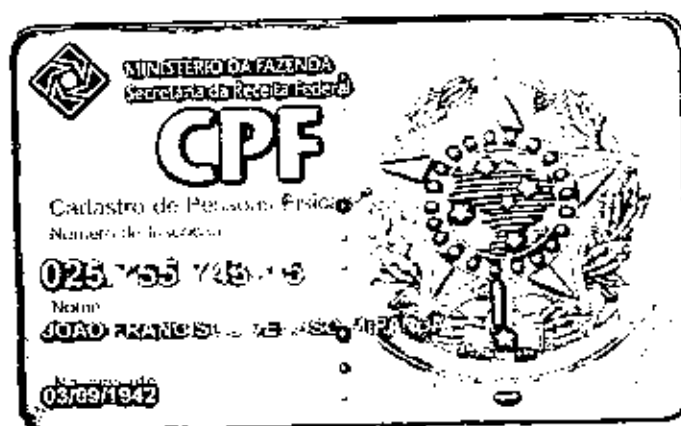
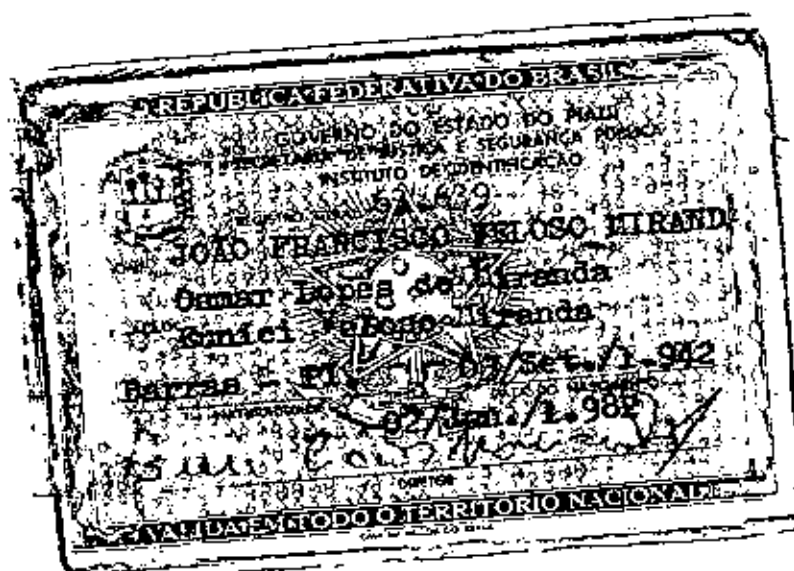
MARCIO BARBOSA DA SILVA

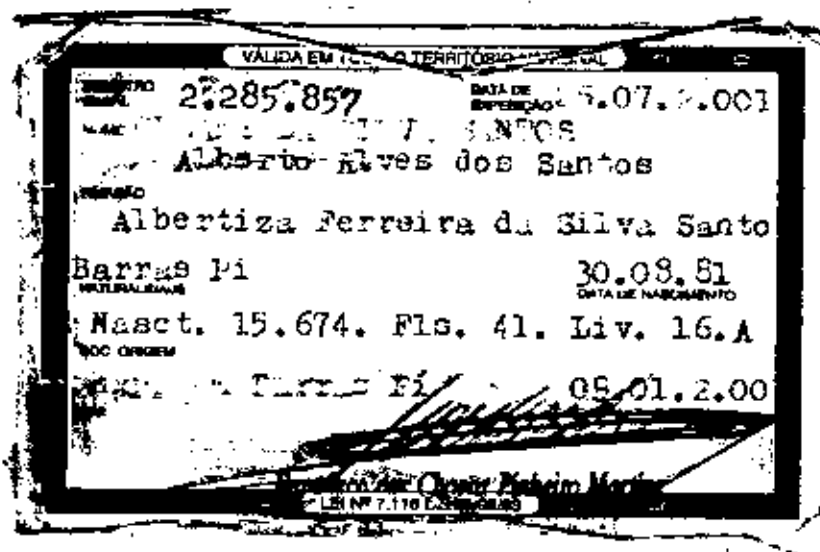
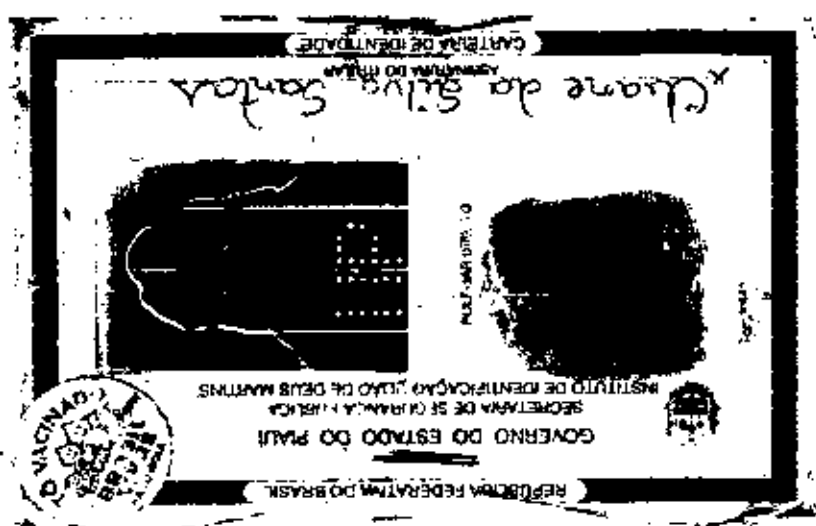
#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES







COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.303-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Selo 6-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ-PI/09

Nº da Nota Fiscal: 25889643

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

| CONTA MÊS   | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------|------------|---------------|---------------------|
| AGOSTO/2019 | 20/08/2019 | 124           | 84,88               |

CLAUDE DA SILVA SANTOS  
R. MOHADA NOVA 26 Q. 6 L=26 - MATO CACHORRO  
CPF: 00099480328372  
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 351.313.11.76.104000

| DADOS DA LEITURA            |            |
|-----------------------------|------------|
| Atual:                      | 9615       |
| Anterior:                   | 9491       |
| Constante de Multiplicação: | 1,000      |
| Consumo Medido:             | 124        |
| Consumo Faturado:           | 124 FCAM*  |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL     |
| Código de Irregularidade:   |            |
| Anterior:                   | 15/07/2019 |
| Próxima Leitura:            | 12/09/2019 |
| Emissão:                    | 12/08/2019 |
| Apresentação:               | 13/08/2019 |
| Data de Contorno:           | 29         |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |
|------------------------------|---------|----------------|-------|
| Classificação                | Uso     | Número Medidor | Posto |
| RESID. BA. RENDA             | MOND    | A1455252       |       |
| Código Pat.                  | 1.4.1.1 |                |       |
| Médis 12 meses               | 132     |                |       |

| HISTÓRICO kWh       | DESCRIÇÃO DA CONTA                  |
|---------------------|-------------------------------------|
| Mês/mês consumo     |                                     |
| JUL/19 137          | CONSUMO 36 A R\$ 0,249328 = 8,97    |
| JUN/19 119          | 70 A R\$ 0,513130 = 35,91           |
| MAR/19 128          | 24 A R\$ 0,769683 = 18,47           |
| ABR/19 143          | CORR: ILUMINAÇÃO PÚB. (CORIP)       |
| MAR/19 128          | DIFERENÇA DE TARIFA 6,82            |
| FEV/19 125          | SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 42,69         |
| JAN/19 125          | BÔNUS ITATUP - ART. 21, LEI N.      |
| DEZ/18 136          | CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00 1,19 |
| NOV/18 130          | MULTA POR ATRASO 05/19-00 0,92      |
| OUT/18 134          | JUROS POR ATRASO 05/19-00 1,55      |
|                     | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,58   |
|                     | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,27  |
| TARIFA DE TRÂNSITO  |                                     |
| 0 A 30 - 0,219032   |                                     |
| 31 A 60 - 0,438064  |                                     |
| 61 A 124 - 0,657096 |                                     |

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO E MENSAGEM**

Mes/Ano Valor R\$ 07/2019 90,64  
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/08/2019, em função das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar a inclusão do nome do consumidor no SPCN. Informamos ainda a existência de(ões) vencido(s) e a reaviso(s) no valor de R\$ 99,80 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO  
BD44.8/83.931A-078C.8A19.9FA6.6F80.4040  
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPUPOSTO/REBUTOS - R\$

|              |       |                 |        |       |
|--------------|-------|-----------------|--------|-------|
| Distribuição | 22,30 | Base de Cálculo | 106,04 | 82,71 |
| Energia      | 43,06 | Alíquota ICMS   | 22,00% |       |
| Transmissão  | 7,18  | Valor do ICMS   |        | 23,32 |
| Encargos     | 3,56  | Valor do PIS    | 1,40%  | 1,16  |
| Tributos     | 20,84 | Valor do COFINS | 6,40%  | 5,36  |

| INDICADORES DE CONFIABILIDADE |            |       |        |
|-------------------------------|------------|-------|--------|
| DMC                           | FC         | DMC   | DMC    |
| Mensal                        | Trimestral | Anual | Mensal |
| 7,77                          | 14,53      | 29,06 | 3,56   |
| 7,73                          | 15,45      | 4,14  |        |
| 0,00                          | 0,00       | 0,00  |        |
| 06/2019                       | 22,75      |       |        |

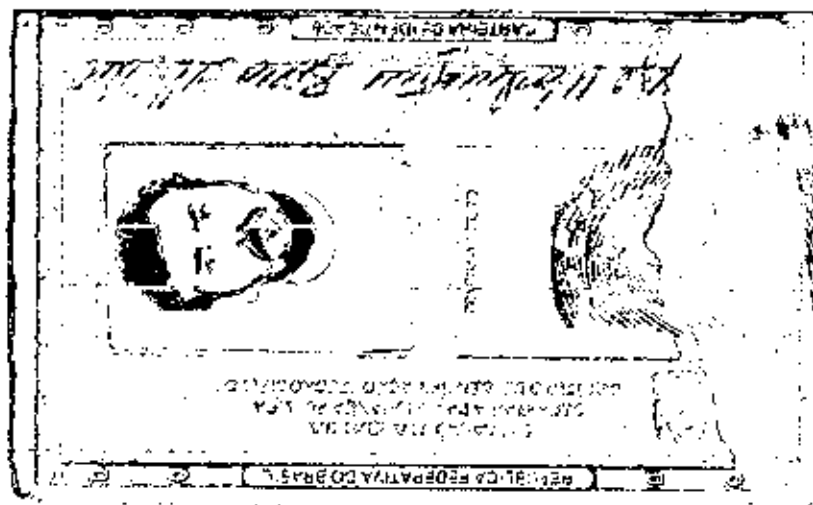
ROT: 351.313.11.76.104000  
SEU CÓDIGO 1336919-0  
TOTAL A PAGAR - R\$ 84,88  
MÊS FATURADO 08/2019  
VENCIMENTO 20/08/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.303-5  
Nº da Nota Fiscal: 25889643 FCAM\*

836100000000 6 84880017000 5 00000001336 7 91990819008 6



SEQ.: 00174 (A: 1336919-0) DT. LEIT.: 13/08/2019 T. ENTR.: 01  
LEITURA: 9615 NORMAL TOTAL: 84,88 CARGA: 001  
DT. VENC.: 20/08/2019 TAREFA: 000 COLETOR: 2302



08331033 93 DATA 14/10/94

GEORGE WASHINGTON BONA MEDEIROS

FRANCISCO ALVES DE MEDEIROS

MARIA DE JESUS BONA MEDEIROS

CARRAS PI DATA 01/

CER-NAS CM-BARRA

DST-SEDE L-268 F-45V R-0

094856865/87

15 NOV 1994

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**GEORGE WASHINGTON BONA MEDEIROS**

Nº de Inscrição **094856865-87** Data de Nascimento **01/08/55**



Agua e Esgoto do Piauí S/A Internet: www.agespisa.com.br  
Atendimento ao Consumidor: 0800 05 0000

### Fatura Mensal

**Medição** 2728198-1 **Hidrometro** A111.96853 **Referencia** AGO/2019

**Nome/Razão Social/Endereço**  
GEORGE WASHINGTON BONA MEDEIROS  
COM RESID MORADA DE BARRAS, QEC30  
QUADRA F CASA 301 NA10 CACHORRO  
BARRAS 64100000 AC= 90

| Situação | Res. | Categoria de Uso | Inscrição             |
|----------|------|------------------|-----------------------|
| Ativa    | 1    | Com.             | 12 1 09 0565 0392-000 |

**Validade** 01/07/2019 **Exatidão** 98/08/2019 **Consumo** 39

| Atividade | Consumo | Valor | Outros |
|-----------|---------|-------|--------|
| 01/19     | 727     | 6     | 0      |
| 02/19     | 735     | 8     | 0      |
| 03/19     | 742     | 7     | 0      |
| 04/19     | 750     | 8     | 0      |
| 05/19     | 759     | 9     | 0      |
| 06/19     | 767     | 8     | 0      |
| 07/19     | 778     | 11    | 0      |

**Forma de Pagamento**  
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

**Cód. Responsável** 901574651 **Código da Tarifa** 01

**Consumo Médio** 7 **Consumo Mínimo** 0 **Consumo Máximo** 0

**Consumo** 11 **Consumo Estimado** 11

**Descrição da Faturação**  
Cód. Nome do Serviço Valor (R\$)  
AQUA 37,22  
MANUTENCAO HIDROMETRO 1,90

15/08/2019 39,12

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$35,10  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30  
DIAS APÓS VENCIMENTO.

**CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT 304/2011**

| Parâmetro              | Unidade | Valor | Limite | Resultado | Observações |
|------------------------|---------|-------|--------|-----------|-------------|
| Valor Máximo Permitido | mg/L    | 15    | 5,0    | 0,0       |             |
| Valor Médio            | mg/L    | 3,81  | 1,11   | 1,11      |             |

**Observações:**  
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA  
A TERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR  
E LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES  
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

**AGESPISA**  
Agua e Esgoto do Piauí S/A  
Atendimento ao Consumidor 0800 05 0000

**Inscrição** 12 1 09 0565 0392-000 **AC= 90**

**Medição** 2728198-1 **Referencia** AGO/2019

**VENCIMENTO** 15/08/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 39,12

52620000000-6 30120001822-7 72819810820-7 10000000001 7



SEGURODORA LIDER CONSÓRCIO SEGURO DPVAT  
RUA: DA ASSEMBLEIA 100  
22º ANDAR CENTRO  
CEP: 20011-904  
RIO DE JANEIRO - RJ



MÁRCIO BARBOSA DA SILVA

RG: 3.065-0245

CPF: 0243.575.533-18

END: RESIDENCIAL MORADA DE BARBAS

CIDADE: BARBAS PIAUI

CEP: 624.100-000

TEL: 995624-7333

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

Número do Sinistro: 3190505477

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.575.533-18

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO BARBOSA DA  
SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



## 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](http://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: 03/10/2019  
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA  
CPF: 043.575.533-18

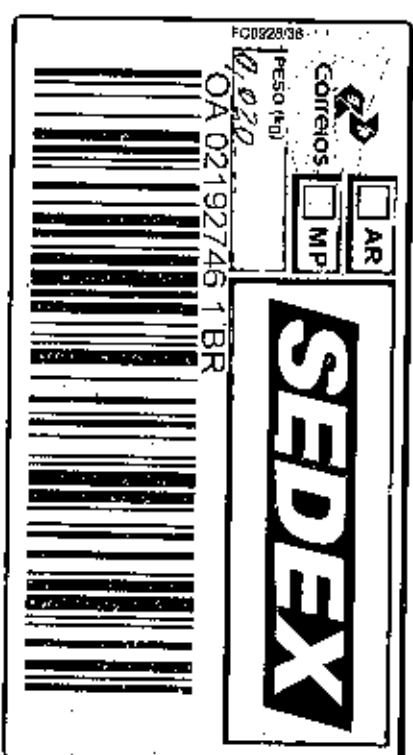
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019  
Nome: Elen Tais Alves Pereira  
CPF: 126.261.667-07

MARCIO BARBOSA DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira

SEGUROADORA LIDER CONSORCIO SEGURO OPVAT  
RUA DA ASSEMBLEIA 100  
24º ANDAR CENTRO  
CEP = 20011 - 9024  
RIO DE JANEIRO - RJ



NOME = MARCIO BARBOSA DA SILVA

RG = 3.065.0215

CPF = 0243.575.533 - 18

END = RESIDÊNCIA MORADA DE BARRAS, CS 07

CIDADE = BARRAS PIAUI

CEP = 624.100 - 000

186/98564.7333

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

Outros

Número do Sinistro: 3190505477



Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 22/07/2019

CPF: 043.575.533-18

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO BARBOSA DA  
SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

## 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](http://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: 16/10/2019  
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA  
CPF: 043.575.533-18

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana  
CPF: 102.109.247-99

MARCIO BARBOSA DA SILVA

Paulo Victor Soares Sant'Ana

NOME: MARCIO BARBOSA DA SILVA

RG: 3.065 045

CPF: 0243.575.533-18

END: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS Q: F Lote 07

CIDADE: BARRAS PIAUI

CEP: 624.100-000

TELEFONE: 86 / 995624.7333

PARA

SEGUROADORA LIDER CONSÓRCIO SEGURO DPVAT

RUA: DA ASSEMBLEIA 100

24: ANDAR CENTRO

CEP: 20011-902

RIO DE JANEIRO - RJ

|                                                                                             |       |                                                                                   |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  CORREIOS |       |  |                             |
| PESO<br>(kg)                                                                                | 9,219 | <input checked="" type="checkbox"/> AR                                            | <input type="checkbox"/> MP |
| Receptor                                                                                    |       |                                                                                   |                             |
| Assinatura                                                                                  |       | Documento                                                                         |                             |
| OD 30160110 1 BR                                                                            |       |                                                                                   |                             |
|           |       |                                                                                   |                             |
| FC081731                                                                                    |       |                                                                                   |                             |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190505477

**Cidade:** Barras

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARCIO BARBOSA DA SILVA

**Data do acidente:** 22/07/2019

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO NARIZ, ARCO ZIGOMÁTICO E MAXILAR A DIREITA

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM FACE, COM DOR A MOBILIZAÇÃO DE ARCO TOPOGRAFIA DO MAXILAR E MANDÍBULA; ABERTURA BUCAL DE CERCA DE 2,5-3 CM

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL

**Sequelas permanentes:** Cranio-facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

## 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 | 100 %                                        | Em grau leve - 25 %                                  | 25%         | R\$ 3.375,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>25 %</b> | <b>R\$ 3.375,00</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190505477

**Cidade:** Barras

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARCIO BARBOSA DA SILVA

**Data do acidente:** 22/07/2019

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO NARIZ, ARCO ZIGOMÁTICO E MAXILAR A DIREITA

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM FACE, COM DOR A MOBILIZAÇÃO DE ARCO TOPOGRAFIA DO MAXILAR E MANDÍBULA; ABERTURA BUCAL DE CERCA DE 2,5-3 CM

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL

**Sequelas permanentes:** Cranio-facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 | 100 %                                        | Em grau leve - 25 %                                  | 25%         | R\$ 3.375,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>25 %</b> | <b>R\$ 3.375,00</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190505477 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE DIREITA (SUPERCÍLIO).  
FRATURA COMPLEXA DO ARCO DO ZIGOMÁTICO DIREITO E ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.9.10.11.13\_CIRURGIA  
\*-SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                                                                                                                                                            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado   | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 | 100 %                                        | Em grau residual - 10 %                              | 10%         | R\$ 1.350,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>10 %</b> | <b>R\$ 1.350,00</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190505477 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE DIREITA (SUPERCÍLIO).  
FRATURA COMPLEXA DO ARCO DO ZIGOMÁTICO DIREITO E ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.9.10.11.13\_CIRURGIA  
\*-SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                                                                                                                                                            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado   | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 | 100 %                                        | Em grau residual - 10 %                              | 10%         | R\$ 1.350,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>10 %</b> | <b>R\$ 1.350,00</b>   |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

**Vítima:** MARCIO BARBOSA DA SILVA

**CPF:** 043.575.533-18

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/07/2019

**Titular do CPF:** MARCIO BARBOSA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**MARCIO BARBOSA DA SILVA : 043.575.533-18**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/08/2019  
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA  
CPF: 043.575.533-18

MARCIO BARBOSA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

**Número do Sinistro:** 3190505477

**Vítima:** MARCIO BARBOSA DA SILVA

**CPF:** 043.575.533-18

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCIO BARBOSA DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

## 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](http://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: 16/10/2019  
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA  
CPF: 043.575.533-18

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana  
CPF: 102.109.247-99

MARCIO BARBOSA DA SILVA

Paulo Victor Soares Sant'Ana

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

**Número do Sinistro:** 3190505477

**Vítima:** MARCIO BARBOSA DA SILVA

**CPF:** 043.575.533-18

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCIO BARBOSA DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

## 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](http://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: 03/10/2019  
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA  
CPF: 043.575.533-18

MARCIO BARBOSA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019  
Nome: Elen Tais Alves Pereira  
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190505477                      Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO BARBOSA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                       |                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boletim de ocorrência | Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, original ou cópia autenticada, pois somente foi entregue o registro policial complementar. |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190505477                      Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO BARBOSA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                       |                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boletim de ocorrência | Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar. |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190505477**

**Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCIO BARBOSA DA SILVA**

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, 24 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190505477**

**Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARCIO BARBOSA DA SILVA**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505477

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCIO BARBOSA DA SILVA**

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\$ 3.375,00 |

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000002844-4**

Conta: **000010029553-3**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 0213.575.533-18 4 - Nome completo da vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2032

5 - Nome completo: MARCIO BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 0213.575.533-18  
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS Q.E 9 - Número: 514 10 - Complemento: CASA 7  
11 - Bairro: MATO CACHORRO 12 - Cidade: BARRAS PIAUI 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.100-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 186/99564-7333

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\$1.000 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. Assinalar uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2844 24 CONTA: 2955 3 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Autorização de pagamento  
AGÊNCIA:  (Informar o dígito se e

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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado  
35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido  
36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido  
37 - ( ) Assinatura de quem assina a roga/pedido

38 - 1ª Nome: CLEANE DA SILVA SANTOS  
CPF: 954.803.283-72  
Cleane da Silva Santos  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: GEORGE WASHINGTON BONA MEDEIROS  
CPF: 094.856.865-87  
George Washington Bona Medeiros  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BARRAS PIAUI 19.08.2019

Marcio Barbosa da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
15/06/2019 - Autoatendimento - 16:43:23  
284473878 0470

SALDO DE POUPANCA PARA SIMPLIS CONFERENCIA

AGENCIA: 2844-4  
CONTA: 29553-1  
CLIENTE: MARCIO BARBOSA DA SILVA

VARIACAO: 51 Poupanca

SALDO ATUAL 104,91 C

SALDO  
POUPANCA 104,91 C

SALDO  
POUPEX 0,00 C

SALDO TOTAL 104,91 C

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 1 16495.001301/2019-85**

Complementar ao BO Nº: 106495.001286/2019-75

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 15/08/2019 - 10:05

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

ESTRADA VICINAL NA LOCALIDADE SANTA RITA, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/07/2019 - 10:30

**RECEBIDO**

**22 AGO 2019**

Seguradora Líder DPVAT

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 3.065.045 SSP/PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Nome: SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA

Nome: LEVI BORGES BARBOSA

Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS, Nº

Complemento: Q-E, CASA 07

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: BARRAS

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

- Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

FIAT Strada Working

2016 PIM6118

9BD57834UGB049667

01068805436

Branca

Condutor: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 3.065.045 Órgão: SSP/PI UF: RG: PI

Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS Número: Complemento: Q-E, CASA 07

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: JOSE FRANCISCO VELOSO MIRANDA

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

INFORMA QUE DIA 22/07/2019, POR VOLTA DAS 10:30 HRS, ESTAVA TRANSITANDO A TRABALHO, POIS O NOTIFICANTE É MOTORISTA PROFISSIONAL, NO VEÍCULO EM PROPRIEDADE DO NACIONAL JOÃO FRANCISCO LUSTOSA MIRANDA, ATRAVÉS DA ESTRADA DA LOCALIDADE SANTA RITA, ZONA RURAL DE BARRAS - PI, QUANDO DE REPENTE O VEÍCULO APRESENTOU PROBLEMAS NO SISTEMA DE FREIOS DE FORMA QUE O NOTIFICANTE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAPOTOU, VINDO A FICAR FORA DA PISTA; QUE COM A COLISÃO O NOTIFICANTE TEVE FERIMENTOS NO ROSTO, SENDO SOCORREU POR UM MORADOR DO LOCAL, QUE O TROUXE PARA O HOSPITAL DE BARRAS - PI, ONDE FICOU 24 HORAS INTERNADO; QUE DO LOCAL FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA ONDE PASSOU 11 DIAS INTERNADO E PASSOU POR CIRURGIAS NO ROSTO, DEVIDO A FRATURAS NOS OSSOS DO LOCAL.

Geraldo Magela Veras Neto - Mal.  
AGENTE DE POL

MARCIO BARBOSA DA SILVA - Notificante  
Responsável pela Informação



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

Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001301/2019-88

Complementar ao BO Nº: 106495.001285/2019-75

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 15/08/2019 - 10:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DE BARRAS

Tipo Local

A PUBLICA

Município

BARRAS

Endereço

ESTRADA VICINAL NA LOCALIDADE SANTA RITA, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/07/2019 - 10:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA

RG: 3.065.045 SSP/PI

Nome: SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA

Nome: LEVI BORGES BARBOSA

Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS, Nº

Complemento: Q-E, CASA 07

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RECEBIDO

27 SET 2019

Seguradora Líder DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - FIAT Strada Working

Ano: Placa:

2016 PIM6118

Chassi:

9BD57834UGB049667

Renavam:

01068805436

Cor:

Branc

Condutor: MARCIO BARBOSA DA SILVA

RG: 3.065.045 Órgão: SSP/PI UF RG: PI

End: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS Número: Complemento: Q-E, CASA 07

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: JOSE FRANCISCO VELOSO MIRANDA

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA QUE DIA 22/07/2019, POR VOLTA DAS 10:30 HRS, ESTAVA TRANSITANDO A TRABALHO, POIS O NOTICIANTE É MOTORISTA PROFISSIONAL, NO VEÍCULO EM PROPRIEDADE DO NACIONAL JOÃO FRANCISCO LUSTOSA MIRANDA, VIAVA DA ESTRADA DA LOCALIDADE SANTA RITA, ZONA RURAL DE BARRAS - PI, QUANDO DE REPENTE O VEÍCULO PRESENTOU PROBLEMAS NO SISTEMA DE FREIOS DE FORMA QUE O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CAPOTOU, VINDO A FICAR FORA DA PISTA, QUE COM A COLISÃO O NOTICIANTE TEVE FERIMENTOS NO ROSTO, SENDO SOCORREU POR UM MORADOR DO LOCAL, QUE O TROUXE PARA O HOSPITAL DE BARRAS - PI, ONDE FICOU 24 HORAS INTERNADO; QUE DO LOCAL FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA ONDE PASSOU 11 DIAS INTERNADO, PASSOU POR CIRURGIAS NO ROSTO, DEVIDO A FRATURAS NOS OSSOS DO LOCAL.

Claudio Barros Montelero - Mal.  
AGENTE DE POL.

MARCIO BARBOSA DA SILVA - Notificante  
Responsável pela Informação

Lucy Nélito Leal Pereira  
Delegada Geral de Polícia Civil

Plan. da Ocorrência emitido em: 23/09/2019 10:31 - SisBO@2019-2019 AT1