

Control de x Audiências x Upload x Consulta pro: x PJ 0811107-03 x Download f x WhatsApp x Tribunal de x Entrada (16 x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=509997&ca=01e9143dfe827d37aa14c960ec8f87795db7e9cf20...

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

PJE ProceComCiv 0811107-03.2020.8.18.0140 MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONS...

10014844 - CONTESTAÇÃO (2723943 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 01/06/2020 11:55:42

01 Jun 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10014843 - CONTESTAÇÃO
 - 10014844 - CONTESTAÇÃO (2723943 CONTESTACAO 01)
 - 10014850 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2723943 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 10014851 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10014853 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 10014854 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

11:55

2723943- CS/ 2020-02080/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINÁ/PI

Processo: 08111070320208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf protocolo.pdf Dados Bancarios...docx Dados Bancarios P...pdf 01PXdq1h2MW5zt...xls Exibir todos x

PT 11:56 01/06/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08111070320208180140

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 **MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS**, 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 **26/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/06/2019**.

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

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

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE EPICONDILLO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 12/17/18

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 26/03/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/07/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000079802-8

Nr. da Autenticação 3687439F28A3B94C

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 parciais³.

³RECURSO 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

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 STJ⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁵.

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.

⁴**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.”

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

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 ação⁶

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

⁶art. 1º. (...)

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS**, em curso perante a **10ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08111070320208180140.

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

25 JUN 2019

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Maria Da Anunciação De Macedo Santos
RG: 1.559.749 ORG. EMISSOR: SS01PI D. EXPEDIÇÃO: 23/10/14
CPF: 653.534.123-20 ESTADO CIVIL: Casada PROFISSÃO: Do Lar
ENDEREÇO: Rua Promotor Q-057 A C-21A Nº: 21
COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Promotor
CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64000-000 TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Roze Soares Marques
RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SS01PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Recurso
ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro Nº: 544
BAIRRO: Centro CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Maria Da Anunciação De Macedo Santos

Data do acidente de trânsito: 26/03/2019

Cobertura da vítima: Imensidade

5º OFÍCIO

LOCAL / DATA: Teresina PI 13/06/19Maria da Anunciação de Macedo Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO))

Cartório 5 Ofício de Notas e Protesto de Títulos

MARIA HILDA SILVA FEITOSA - Tabelião Interina

CNPJ: 33.373.668/0001-71 - CNS: 07.969-9

RUA BARROSO, 91, CENTRO, CEP: 64001130, TERESINA-PI

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACEDO SANTOS, DOU FÉ. EM TEST. 9 DA VERDADE. TERESINA-PI, 13/06/2019. Selo: AAE29077-2EGG
www.tjpi.jus.br/portalexta. Flávia Maria

FLÁVIA MARIA DOS SANTOS MACIEL PINHEIRO-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - 09-27

CA: TÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Flávia M. dos S. Maciel Pinheiro
Escritório: Comprimissada
Teresina-PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214734/19

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SAI

CPF: 653.534.123-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: MARIA DA ANUNCIACAO
DE MACEDO SANTOS

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS : 653.534.123-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/06/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214734/19

Número do Sinistro: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SAI

CPF: 653.534.123-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: MARIA DA ANUNCIACAO
DE MACEDO SANTOS

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214734/19

Número do Sinistro: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SAI

CPF: 653.534.123-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

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, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

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

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000079802-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

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, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

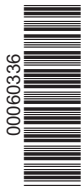
Senhor(a), MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	653.534.123-20	Mariana Da Anunciação De Macedo Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Mariana Da Anunciação De Macedo Santos		653.534.123-20	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Do lar	Con Premiera 0-057 C-21A	21	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Premiera	Teresina	PI	64027-140
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(86) 99534-6565		

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004 ☐ CONTA: 79802 ☐ 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, por meio de avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização 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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	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.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 24/06/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mariana da Anunciação de Macedo Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU
DATA: 24/06/2019 HORA: 11:42:43
TERMINAL: 20041011 CONTROLE: 200410110215

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00079802-8
NOME: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 3428556501

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002229/2019-65



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: **Cláudio Costa De Sousa**

Data/Hora: 12/06/2019 - 10:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. BARÃO DE GURGUEIA, Nº:

Complemento

Data/Hora

26/03/2019 - 09:00

530916

530920-2

Bairro

TABULETA

Ponto de Referência

MOSSORÓ PEÇAS



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACÊDO SANTOS**

RG: 1559749 PI

Mãe: MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO

Endereço: QD-57, CS-21, LOTE A, Nº

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

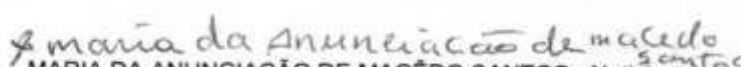
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/CG150 FAN ESDI, PLACA PSK-9054-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 1076178402, PROP. DE JOÃO DIAS DOS SANTOS, CONDUZIDA POR ANTONIO FERNANDES VIEIRA JUNIOR, E QUE TRAFEGAVAM PELA VIA CITADA, SENTIDO NORTE, QUANDO, SENTADA DE LADO NA MOTO, ESCORREGOU E CAIU. FOI SOCORRIDA PELO CONDUTOR DA MOTO E LEVADA PARA A SUA RESIDENCIA. SENTIDO DORES E O BRAÇO INCHANDO, NO DIA 28/03/2019 DEU ENTRADA NA UPA. (PRONT. 145510). DEPOIS FOI TRANSFERIDA PARA O HUT. (PRONT. 507017). TESTEMUNHA: LUANA MAGNA RODRIGUES NASCIMENTO MONTEIRO, RUA SEIS, 757-PL. BOA ESPERANÇA, TIMON-MA. DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACÊDO SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 653.534.123-20	Nome completo da vítima: maria Da Anunciacao De modo
------------------------	----------------------------------	---

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

Nome completo:		Mona De Anunciacao De Macedo Santos		CPF:	653.534.123-2	
Profissão:	Endereço:		Número:		Complemento:	
Do lar	Con Premiera 0-057 C-21A		21		Casa	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:			
Premiera	Teresina	PI	64027-140			
E-mail:				Tel (DDD):	99534-656	

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

RENTA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2004 ☐ CONTA: 79802 ☐ 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, 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 sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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.

impressão
digital de
vítima ou
beneficiário
não atestado

Local e Data: Teresina - Piauí 24/06/1
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 28/03/2019 11:37:55
(User: ALBERT MEDEIROS)
(Estação: SALADEGESSO-PC)

Nome: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS		Prontuário: 145510	
Mãe: MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO		Pai: ILARIO CARDOSO DE MACEDO	
End.Resid.: QD 58 LOTE 21 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 06/02/1956	Idade: 63a1m22d	Sexo: Feminino	Fone:
Responsável: O MESMO		CNS: 898000956173987	
Profissão:		Documento: CPF: 653.534.123-20	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 349783	Entrada: 28/03/2019 10:12:42	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Paciente com trauma em cotovelo E ,ocasionado por queda de motocicleta há 2 dias, evolui com dor, edema e limitação funcional. Nega comorbidades e alergias		PABLO HENRIQUE SILVA MALTA COREN 196417 Em: 28/03/2019 10:56:38

SSVV: (Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm
Pressão: mmHg			
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: trauma em cotovelo ha 3 hs rx fraturar de epicondilo lateral do cotovelo encaminho a cirurgia			
Diagnóstico Inicial: ?		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 26 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	

Confere C. m o Original

Framat

CNPJ: 08.522.917/0035-19
UNIA RENASCENÇA
RUA RIO VERDE, 2810
RENASCENÇA III - TERESINA-PI

130514

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Encaminhado para Exames

DATA: ____ / ____ / ____ **HORA:** ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Albert Medeiros
Albert Medeiros
CRM3567
28/03/2019 11:37:53

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000079802-8

Nr. da Autenticação 3687439F28A3B94C

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574

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

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

TC 1.38
28/02/2019

MATRICULA

12712485-3

FATURA Nº

150479904

MES/ANO

2/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR VALDEMAR S GOMES

CON PROMORAR Q-057 A

Q-061, Q-058-C-21A-PROMORAR-TERESINA - cep: 64027140

LOCALIZAÇÃO

008-00055-004010

GRUPO

008

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A05N213165

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	Tipo	LIDO	FATURADO
01-2019	Manutenção	00	00
12-2018	Manutenção	07	10
11-2018	Lido	10	10
10-2018	Lido	12	10
09-2018	Manutenção	09	10
08-2018	Manutenção	07	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

ANTERIOR 16/01/2019

ATUAL 12/02/2019

LEITURA

1677

1684

CONSUMO MÊS M3

10

LEI 10748/02

PIS/PASEP 10,4541,60% = 0,45

COFINS 20,4541,60% = 2,16

TABELA DE TARIFFAS

RESIDENCIAL	Faixa de consumo m3/mês e (%)
M	0 - 10 0,00% a 10
12	10 - 25 5,20% a 15
20	25 - 50 9,15% a 25

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO M3/MÊS (%)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45
> Residencial-Normal 10,0 m3

28,45

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

VENCIMENTO

25/02/2019

TOTAL A PAGAR

28,45

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO USE O
CODIGO: 00 + NUMERO DA MATRICULA + DIGITO.

NOTIFICAÇÃO

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

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2672	2669	3	1,49	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	2653	2575	78	5,80	Inferior a 15
PH	2681	2631	50	6,63	6,00-9,50
TURBIDEZ	2685	2645	40	1,75	Inferior a 5

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	744	740	4	Ausencia	Ausente
ESCHEWICHIA COLI	744	744	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 12/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:28

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 018211785

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

CONTA MÊS
FEVEREIRO/2019

VENCIMENTO
01/03/2019

CONSUMO (kWh)
297

TOTAL A PAGAR (R\$)
314,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
	kWh		
Atual:	19725	Atual:	22/02/2019
Anterior:	19428	Anterior:	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/03/2019
Consumo Medido:	297	Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	297	Apresentação:	22/02/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
	Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 195

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JAN/19	365	CONSUMO 297 A R\$ 0,957855 =	284,48
DEZ/18	57	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,22
NOV/18	0	MULTA POR ATRASO 01/19-00	6,76
OUT/18	96	JUROS POR ATRASO 01/19-00	1,01
SET/18	299		
AGO/18	232		
JUL/18	184		
JUN/18	208		
MAI/18	211		
ABR/18	159		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 297 - 0,957855

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

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

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F2C6.737A.1AE0.8044.75D1.5023.D972.48B8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	53,46			Base de Cálculo:	284,48		
Energia:	103,28			Alíquota ICMS:	27,00%		
Transmissão:	17,48			Valor do ICMS:	76,80		
Encargos:	11,02			Valor do PIS:	4,01		
Tributos:	99,24			Valor do COFINS:	18,43		
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DEC			FIC			DMC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Consumo	TERESINA-MACALUBA			Período de apuração: 12/2018			fin: 19,43

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Da Anunciação de Macedo Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 653.534.123-20, do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Maria Da Anunciação de Macedo Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 653.534.123-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>
				CEP	<u>64000-235</u>

Teresina, 24 de Junho de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, João Dias dos Santos

RG nº 475.071, data de expedição 09/05/14

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 433.332.143-34

com domicílio na cidade de Timon, no Estado de

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

RUA 06, nº 767

complemento Casa, 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

ANTONIO FERNANDES VIEIRA JÚNIOR

Veículo: MOTO Modelo: FAM 150 Ano: 2015

Placa: PSK 9054 Chassi: 9C2KC1630FR202937

Data do Acidente: 26/03/19

Local e Data: Timon 30 de Junho 2019

João Dias dos Santos
Assinatura do Declarante

Antonio Fernando Vieira Junior
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

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

Eu, João Dias dos Santos

RG nº 475.071, data de expedição 09/05/14

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 433.332.143-34

com domicílio na cidade de TIMON, no Estado de

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

RUA 06, nº 768

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

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

Maria da Anunciação de Macedo Santos, cujo o condutor era

ANTONIO FERNANDES VIEIRA JUNIOR

Veículo: MOTO Modelo: FAM 150 Ano: 2015

Placa: PSK 9054 Chassi: 9C2KC1630FR202937

Data do Acidente: 26/03/19

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

Local e Data: TIMON 30 DE JUNHO 2019

João Dias dos Santos

Assinatura do Declarante

Antonio Fernando Vieira Junior

Assinatura do Condutor

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

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



CARTÓRIO 3º OFÍCIO EXTRAJUDICIAL - TIMON-MA
Av. Presidente Médici, 689 - Parque Piauí - CEP 65631-390
FONE: (99) 3326-8080

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOÃO DIAS DOS SANTOS. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Timon-MA, 10/06/2019.
JUCIENE GONÇES-ESCRIVENTE
Emol.:15,00 FERC:0,50 Total:15,50 (38)





Prefeitura
Municipal de
TERESINA
Piauí - Brasil

ATESTADO MÉDICO

Atesto que MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACEDO SANTOS

Cart. Prof. Nº

Série

necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde
apartir de hoje.

CID:t009

Teresina, 02/04/2019

Dr. Paulo Henrique L. P. Silva
Otorrinolaringologista / Pneumologista
CRM 3357

Carimbo/Ass. do Profissional de Saúde



NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Artigo 86 do

RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para

justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 28/03/2019 11:37:55

(User: ALBERT MEDEIROS)

(Estação: SALADESSO-PI)

Nome: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS		Prontuário: 145510
Mãe: MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO		Pai: ILARIO CARDOSO DE MACEDO
End.Resid.: QD 58 LOTE 21 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 06/02/1956	Idade: 63a1m22d	Sexo: Feminino Fone:
Responsável: O MESMO		CNS: 898000956173987
Profissão:		Documento: CPF: 653.534.123-20
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 349783	Entrada: 28/03/2019 10:12:42	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Paciente com trauma em cotovelo E, ocasionado por queda de motocicleta há 2 dias, evolui com dor, edema e limitação funcional. Nega comorbidades e alergias		PABLO HENRIQUE SILVA MALTA COREN 196417 Em: 28/03/2019 10:56:38

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma em cotovelo há 3 hs
rx fraturar de epicondilo lateral do cotovelo
encaminho a cirurgia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Encaminhado para Exames

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Albert Medeiros
A Otorrinolaringologista
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM 3567
28/03/2019 11:37:53

Confere C. m o Original

Fransat

CNPJ: 08.522.917/0035-19
UNIA RENASCENÇA
RUA RUI BARBOSA, 100
TERESINA-PI

170514



Fundação Municipal de Saúde

SUS

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



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA Renascença III

Para :

HUT

PACIENTE:

Manoel da Anunciação Santos

Registro:

Paciente apresenta dor e deformidade em cotovelo após trauma
há 3 dias.

Na presença de epicondilo lateral do cotovelo
encaminho a Cirurgia

ENCAMINHO PARA HOSPITAL DE REFERENCIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

CNPJ: 05.522.917/00035-19
UPA-RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III - CEP: 64.082-110
Teresina-PI
Framat

28/03/2019

TERESINA-PI 04/12/2018

As 18:40h

Dr. Albert Medeiros
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia de Coluna
CRM 3567

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



Fundação Municipal de Saúde

SUS

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



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA Renascença III

Para :

HUT

PACIENTE:

Maria da Anunciação Santos

Registro:

Paciente apresenta dor e deformidade em tornozelo qst trauma
há 3 dias.

Na presença de epicondilo lateral do cotovelo
encaminho a cirurgia

ENCAMINHO PARA HOSPITAL DE REFERENCIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

Imat
CNPJ 08.522.917/0003-19
UPA RENASCENÇA III
Rua Rio Verde Nº 2810
Teresina-PI

Confere Com o Original

28/03/2019
TERESINA-PI 04/12/2018

As 18:40h

Dr. Albert Medeiros
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 3567

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

NOME DO PACIENTE: Maria da Purificação de Macedo
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 507017

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



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

Imp: 30/03/2019 08:30:24

(User: EDUARDO)

(Estação: GESS002)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS	Prontuário:	507017
Mãe:	MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO	Pai:	ILARIO CARDOSO DE MACEDO
End.Resid.:	QD 21 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento:	06/02/1956	Idade:	63a1m24d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Feminino
Profissão:	DO LAR	Fone:	86-98829-3631
G. Instrução:	Não informado	CNS:	898000956173987
		Documento:	CPF: 653.534.123-20
		E.Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	714662	Entrada:	30/03/2019 08:11:17	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES						
Condução:	AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento recente	Verde
Breve História Clas. Risco:		
SOFREU TRAUMA EM MSE-COTOVELO, ENCAMINHADA DA UPA RENASCENÇA POR HD DE FRATURA EM EPICÔNDILO LATERAL. MEMBRO IMOBILIZADO. EVENTO TRAUMÁTICO HÁ 4 DIAS.	MARCO ANTONIO VERAS ROCHA COREN 274043 Em: 30/03/2019 08:21:25	

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

TRAUMA DE COTOVELO E HÁ 4 DIAS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja G
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RAIO-X REALIZADO
DATA 30/03/2019
Técnico: *Sm*

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

RX - 3rd Ddd & 1mm C

Ch: Otimização para Tratamento Cirúrgico

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 6791-26712501

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CRM PI - 4809 Em: 30/03/2019 08:30:23

SUS



Prefeitura de
Teresina

ENFERMARIA:

29/03/2019 11:37

LEITO:

Fuamex

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

NOME: MARIA DA ANUNCIACÃO DE MACEDO SANTOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO

DOR MODERADA.

AGUARDA TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

1. DIETA ORAL livre
2. ACESSO VENOSO SALINIZADO
3. DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6H - - - - -
4. Tilatil 20mg-----1amp + ad ev de 12/12hrs - - - - -
5. TRAMADOL 100MG + 100ML SFO,9% EV LENTO 8/8 HORAS - SOS
6. BROMOPRIDA 1 AMP + AD EV 8/8H SN
7. CAPTOPRIL 25MG 1CP VO SE PAS> 160MMHG E/OU PAD> 100MMHG
8. AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR
9. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS

Dr. Tércio Danilo de Paula
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 10.000.000

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

SINAIS VITAIS

HORA	T	P	RSatO2	PA	Glicemia	Diurese
12						
18	36	79	121	134	115	411
24.00		71		119/90		
06.00						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

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

SUS

Correção



Prefeitura de
Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

ENFERMARIA:

28/03/2019 07:56

LEITO:

NOME: *maia da Anacleto da Silva*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Freda e Paulo Alves

DOR MODERADA.

SEQUE ESTÁVEL

AGUARDA TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

CNPJ: 06.522.945/0003-19
RUA RENESE, 100
TERESINA-PI

Compare Com o Original

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
OBSERVAÇÕES

1. DIETA ORAL LIVRE
2. SCALP SALINIZADO
3. DIPIRONA 500 MG/ML 1 AMP + AD EV 6/6H
4. TILATIL 40MG 1 AMP EV 1X/DIA
5. RANITIDINA 1 AMP EV 12/12 HS
6. TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV LENTO 8/8 HORAS - SOS
7. BROMOPRIDA 1/2 AMP + AD EV 8/8H SN
8. AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR
9. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS

Dr. Albert Medeiros
Otorrinolaringologista
CRM 3605

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

06hs. P.A 104/56 P.69
6c 140mg/alt

18 565 110/76



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: UPA Renascença

Nome: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do exame: 28/03/2019

Id Paciente: UR145510

Data do laudo: 11-04-2019

Raio X de Cotovelo Esquerdo

- Fratura completa na topografia do epicôndilo lateral/capítulo do úmero.
- Espaços articulares preservados.
- Aumento das partes moles do cotovelo esquerdo.

Dr. Francisco Edward
Médico Radiologista
CRM-PI: 2738



**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Paciente:MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS
Nascimento:06/02/1956

Motivo do Chamado:

AVALIACAO CLINICA/EXAME - HOSPITAL

Estabelecimento de Origem:

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA
RENASCENCA

Estabelecimento de Destino:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA
- HUT

Verificação do Estabelecimento de Destino:

Transferência Confirmada

Viatura:

Data/Hora Programada:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

CNPJ: 05.532.917/0001-19
UPA-RENASCENCA
Rua Rm
Teresina-PI

Framat
Confere C. m o Original



PRESCRIÇÃO MÉDICA

INOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Maria de Amélia de Mendonça		Ortopédica	938	261	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
		OBSERVAÇÕES			
30/03/19	Fatima de Jesus E	HORÁRIOS			
		14:20 A			
		18:00 SGA 8 75 bpm			
		PA 160/73 mmHg			
		Célio Rodrigo C. Nunes CRM-PA 151638 - TE			
1	Dieta livre				
2	SF 0,9% 500 ml EV 12/12h + GLICOSE 50% - 2 AMP				
3	DIPIRONA 1 AMP + AD, EV, 8/8h, SE DOR				
4	Tramadol 100mg 01 amp + 100 ML SF0,9% EV 8/8h				
5	Tilatil 20 mg + AD EV 12/12 HS				
6	Plasil 1 AMP + AD EV 8/8 h SN				
7	CCGG + SSV				

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia e Ortopédica
CRM-PA 151638 - TE



PI 0574(11)

JOSE FERNANDO NCI
Rua Cacho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 61.002-470
Teresina-PI

CPF: 036.831.233-3

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
 PACIENTE: _____ Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Inte 1 furo de 5mm de diâmetro,
 unta de 2 fms de Bensch
 2,0, 1 fms de Bensch 1,5mm
 e 1 fms de cerulose

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Ombro e Cotovelo
 CRM-PI 2608

DATA: _____ Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



DATA: _____ Assinatura do Médico Solicitante



BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/04/19

NOME DO PACIENTE: M ^{te} de Anunciado de M. S. S.	IDENTIFICAÇÃO: 507017
DIAGNÓSTICO: Anomalia estrutural	CIRURGIA: RGH c/ plano
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 01
CIRURGIÃO: Dr. Leandro	CPF Nº: 167786998-4
AUXILIAR: Dr. R. D. Andre	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Aline Melo	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Solange	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 6,5, 7,0 e 7,5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8,0 e 8,5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	90	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		Preparação	ca	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 26 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3-0	03		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:			
VICRYL	1	02					
PROLENE							



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	235969

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS	6 - Prontuário: 507017		
7-CNS: 898000956173987	8-Nascimento: 06/02/1956	9-Sexo: Feminino	CPF: 653.534.123-20
11-Mãe: MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO	12-Fone: 86-98829-3631		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:		
15-Ender: QD 21 CASA A - PROMORAR - CEP: 64069-990	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020385	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO	Quant. Soli- cidata: 1
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030929	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	
Fornecedor da OPM: PIMES		

38-Profissional Responsável: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO	40-Tp. Documento: CPF	Dr. LEANDRO PONGE LIMA Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 2608
39-Data Solicitação: 01/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solicitante: 887.204.893-15	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Parte de fratura com deslocação

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 26 JUN 2019	
50. Nome do Profissional/parecer controlador de avaliação/auditoria	52-CNS/CPF:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

MARIA BATISTA



Nome: Nurpila



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Maria da Anunciação de Macedo Santos</u>	Prontuário: <u>507012</u>	Data: <u>01/04/19</u>
Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.	Idade: <u>63</u>	Peso: <u></u>
Procedimento(s) proposto(s): <u>rc de fratura de coracelo Direito, duplo, esquerdo.</u>		Apto? ☐ Sim ☐ Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim	☒ Não
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim	☒ Não
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim	☒ Não
4 - Convulsão	☐ Sim	☒ Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	☒ Sim	☐ Não <u>crânio ligadura</u>
6 - Transfusão sanguínea	☐ Sim	☒ Não
7 - Uso de medicação	☐ Sim	☒ Não
8 - Alergia	☐ Sim	☒ Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim	☒ Não

hipertensão - Eh

avaliação cardiopulmonar em sono (m. thallus em 3460).

capacidade funcional > 4 met. - ausência de nódos cardiovasculares mto -
moderado

EXAME FÍSICO

PA: <u>128 x 72</u>	Pulso: <u>70</u> ☐ arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	☒ Normal ☐ Alterado:	
2. Cardiovascular	☒ Normal ☐ Alterado:	
3. Neurológico	☒ Normal ☐ Alterado:	
4. Abdome	☒ Normal ☐ Alterado:	
5. Vias aéreas	☐ Possível VAD	
6. Extremidades	☒ Normal ☐ Alterado:	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 66010-000

EXAMES COMPLEMENTARES 30/03/19

HB	<u>11,6</u>	TP/RNI	<u>0,93</u>	Uréia	<u>37</u>
HT	<u>36,1</u>	TTPa		Creatinina	<u>0,8</u>
Plaquetas	<u>255000</u>	Glicemia	<u>106</u>		
ECG: <u>Ritmo sinusal, ATRV</u>				RX Tórax	
ECO:					

ASA: B Anestesia proposta: ☒ Geral ☐ Outro: Bloqueio de Pênis Proximal

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Dr. A. A. Lima Melo
Médico Anestesiologista
CRM-PI 7123

CRM:



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Maria da Anunciada de Sousa Santos

Sala: 01

Alergia: ☒

Data: 01/04/19

Procedimento: R de fratura de cotovelo E

Cirurgião: Dr. Alessandro

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	5	30	45
1 Propofol	mg	150											
2 Midazolam	mg	3											
3 Fentanyl	mcg	200											
4 Atropina	mg	35											
5 Lidocaina	g	2											
6 Oximetazona	mg		10										
7 Dipirona	g		2										
8 Clorpromazina	mg		100										
9 Clonidina	mg		4										
10 Atropina	mg				1								
11 Neostigmina	mg				2								
12 Ropivacaina 0,33%	Volume do me												
13 Lidocaina 0,5%													
Oxigênio													
ARINZO													
Vi: Suflurano	%												
Acesso Vascular													
☒ Periférico MSB													
Cat. Venoso nº 6													
☐ Dificuldade aces. venoso													
Gastos cateteres													
☐ Central													
Via Aérea													
☐ Cateter nasal													
☒ IOT nº 36 cuff													
☐ LMA nº													
Monitorização:													
☒ Cardioscopia													
☒ PANI													
☒ Oxímetro de pulso													
☒ ETCO2													
☐ Outros													
Anestesia:													
☐ Geral Venosa													
☒ Geral Balanceada													
☐ Raqui-anestesia													
☐ Peridural													
☒ Bloqueio Periférico													
☐ Outros													
Decúbito: Ventral													
SPO2 (%)		99	100	100	99	99	99						
ETCO2 (mmHg)		36	34	33	34	34	34						
Aces. Venoso		SPO2 99 500 + 500											
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia: Realizado bloqueio de Plexo Braquial via supraclavicular, guiado por ultrassom. Anestesia com sedação. Após a anestesia a infusão de rocurônio anestésico. A seguir feita intubação EV com IOT tubo 7.0 com cuff. Posicionada paciente em decúbito ventral, com proteção de olhos e membros. Fio de Smanch colocado para controle de temperatura em braço esquerdo.

Após término, posicionado a paciente em decúbito dorsal e intubado em S.C.

Dra. Alayne Lima Melo
Médica Anestesiologista
CRM-PR 7123



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Marta da Anunciação de Macedo Santos

Diagnóstico pré-operatório fratura humerus MSU (E)

Operação - Tipo hfh. cl. pleu + osteotomia de curvatura

Cirurgião Dr. Leandro 1º Assinante Dr. R. Andre

2º Assinante Dr. LEANDRO PONCE LEAL 3º Assinante

Instrumentador(a) Dr. LEANDRO PONCE LEAL Anestesia

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia do Ombro e Cotovelo

CRM-PI 2608

Anestésico(a)

Data da Operação 5/4/19 Início

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Ante a lesão vult, sangramento intenso;
com os
trauma posterior; dissociação do
Osteotomia do decurso em V.
depleção e redução do fratura
faciões cl. pleu e perfur
trauma do decurso cl. cirurg
Sutura por pleu
Cura

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608



Prefeitura
Municipal de
TERESINA
Piauí - Brasil

RECEITUÁRIO

Nome : MARIA DA ANUNCIÇÃO DE MACEDO SANTOS

USO INTERNO

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 dias
2. Xefo 8mg _____ 01cx
Tomar 01 comprimido VO de 12/12hs

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo **marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS:

Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Cirurgia realizada por :

DR LEANDRO

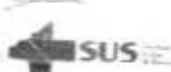
Teresina, 02/04/2019

Dr. Leandro L. P. Silva
Médico/CRM
Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE



238/261



RECEITUÁRIO

Nome : MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACEDO SANTOS

USO INTERNO

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 dias
2. Xefo 8mg _____ 01cx
Tomar 01 comprimido VO de 12/12hs

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo **marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS:

Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital
Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da
Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Cirurgia realizada por :

DR LEANDRO

Teresina, 02/04/2019


Medico CRM
Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE





Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
 Fundação Municipal de Saúde



SUS
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO
 USO EXCLUSIVO NA
 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série
Série A - Nº
180109

Carimbo da Unidade de Saúde

05.522.917/0036-08
 CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINEU ARAUJO"
 Rua Magalhães Filho, nº 152 Centro
 CEP 64001-350 - Teresina-Pi

Nome do paciente <i>maria da Amélia M. Silva</i>		Número do Prontuário	
Endereço		Bairro	

7 uso oral

*1) Flunox 500mg — O.C.X
 Tomar 1 cop 10 12/12h*

*3 dias
 (2) Valer (ap. for) O.C.X
 Tomar 1 cop 10 1x/dia.*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

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

Data
02 05 19

Márcio Macedo Viana
 Médico
 CRM-Pi 6252

Carimbo e assinatura do(a) profissional

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que assistiu a
ANUNCIAÇÃO DE MACÊDO SANTOS, FAZENDINHA
DE MUDANTE DE ENDEREÇO. Foto ocorrido EM
26.03.19 ÀS 9:00HS. Fcuso sofrido forte
trauma que reze. Curando com
Furto no Epicondilo Lateral do
cotovelo, tratado cirurgicamente
staves de ortossintese, com placa
furo com fixação, com
alta definitiva. Relato com o
seguido: fortes dores com Li
anterior dos membros,
com compressão de 75%

Emílio

18.10.19

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.559.749 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/14

NOME MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACÊDO SANTOS

FILIAÇÃO MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO
ILARIO CARDOSO DE MACÊDO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 06/02/1956

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 390 L 41 F 134
EXP CODO-MA 22/05/75

TERESINA-PI 653.534.123-20 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0001830

MAIO DA ANUNCIAÇÃO DE MACÊDO SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE		
DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971		
CRATEUS-CE	DOC. ORIGEM		
CERT. NASC.	529 L A1/F 141		
EXP CRATEUS-CE	25/09/78		
TERESINA - PI	ASSINATURA DO DIRETOR		
840.173.173-91	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
25 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0476283

ASSINATURA DO TITULAR

Nelle Roze Soares Marques




**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: **3190397419**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Promorar QD 57 CASA 21 A, 21 A - Teresina - PI - CEP 64027-140

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1559749**

Data e local do acidente: [**26/03/2019**] **Teresina -PI**

Data e local do exame: [**14/11/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura distal do úmero esquerdo.

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

Ao exame, vítima apresenta limitação moderada dos movimentos do cotovelo esquerdo.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. A fratura está consolidada e a vítima encontra-se com alta definitiva.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do cotovelo esquerdo

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):

Cotovelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 08/07/2019. A indenização realizada foi referente a uma limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau moderado. Conduta mantida.



DR. BERGIEL BARBOSA BEZERRA
MÉDICO
CRM-PI 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

Eu Maria da Anunciação de Macedo Santos
Rg 1.559.749 CPF : 653.534.123-20
Resido conjuntamente Promora. Q 057 A casa 25A
Bairro Promora Teresina - PI.

Venho por meio desta carta informar que
sofri acidente de trânsito no dia 26/03/2019
por volta das 9:00. Eu era passageiro de uma
Moto. Eu escoreguei e caí, fui pro casa pós pensar
que não havia procurado. Após dois dias inchou e
fiquei doendo muito ai que eu fui pro o Hospital
pro UPA do Roraima no dia 28/03/19 e lá
constaram fratura e fui encaminhado pro O HUT
onde eu fiz cirurgia no cotovelo esquerdo, gostaria
que vocês analisasse meu processo pois tenho fratura
fco no aguardo de vocês.



Teresina - PI 24.06.2019

x Maria da Anunciação de Macedo Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do úmero esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação moderada dos movimentos do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. A fratura está consolidada e a vítima encontra-se com alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/11/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 08/07/2019. A indenização realizada foi referente a uma limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau moderado. Conduta mantida.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do úmero esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação moderada dos movimentos do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. A fratura está consolidada e a vítima encontra-se com alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/11/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 08/07/2019. A indenização realizada foi referente a uma limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau moderado. Conduta mantida.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE EPICONDILLO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 12/17/18

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE EPICONDILIO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 12/17/18

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE EPICÔNDILO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 12/17/18

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 1

**APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE EPICÔNDILO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 12/17/18

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 1

**APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00