

Caixa de e-mail x Control x Audiência x Upload x Consultas x PJ 083431 x Sistema x Merge x WhatsApp x Tribunais x Portal de x +

tpj.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=389432&ca=eeb8b0923cc7b3158cebe12286ce543bedf...

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

PJE ProceComCiv 0834317-20.2019.8.18.0140
ANTONIO ALVES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

10725829 - CONTESTAÇÃO (2733439 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 10/07/2020 11:12:56

10 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10725826 - CONTESTAÇÃO
 - 10725829 - CONTESTAÇÃO (2733439 CONTESTACAO 01)
 - 10725833 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10725835 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10725837 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10725840 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

2733439- C3/ 2020-02532/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08343172020198180140

prot + proc adm.pdf prot + cont.pdf pa.pdf cont.pdf prot + pç.pdf Exibir todos

PT 11:13 10/07/2020



10/07/2020

Número: **0834317-20.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO ALVES DA SILVA (AUTOR)		CLAUDIA MARIA TERTULINO COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10725833	10/07/2020 11:12	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAZ**

Av. Ulisses Guimarães s/n - Promoraz - Fone: 86 3215 9153

TERESINA-PI CEP: 64075-453 CNPJ: 05.522.917/0028-90

18 06 2019

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 06/06/2019 09:49:06

(User: FRANCISCA RODRIGUES)

(Estação: CLIENTE-PI)

Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA		Prontuário: 149415
Mãe: JULIA ALVES DA SILVA	Pai: MANOEL CARNEIRO DA SILVA	
End.Resid.: Q S CASA 23 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 20/11/1975	Idade: 43a3m8d	Sexo: Masculino Fone: 86- -
Responsável: O MESMO	CNS: 898003431873032	
Profissão:	Documento:	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 380448	Entrada: 08/03/2019 17:53:12	Convênio: S U S	Proced: 8301060361
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM MEMBROS	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Clás. Risco: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE FEZ RAIOS, COM HISTÓRIA DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE TIPÓIA). REFERINDO DOR E ESCORIAÇÕES NO MID. DESCONHECE ALERGIAS, HAS E DM.		GEYCIANNE MAYARA ALVES DE CARVALHO COREN 417992 ENF Em: 08/03/2019 17:57:22

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE FEZ RAIOS, COM HISTÓRIA DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE TIPÓIA). REFERINDO DOR E ESCORIAÇÕES NO MID. DESCONHECE ALERGIAS, HAS E DM.

Furnizante *Amelioração* *remissão* *Ats*

Diagnóstico Inicial:	CTO:
-----------------------------	-------------

Exames Complementares:

Prescrição Médica: 1 - PACIENTE ORIENTADO A PROCURAR ORTOPEDISTA NA UPA DO RENASCENÇA

Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Orientações

Assinatura Paciente ou Responsável	DATA: / / HORA: : : Dr. Ryan Nogueira CRM PI 6055 Em: 08/03/2019 19:22:40
---	---



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:12:55

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011125510700000010173498

Número do documento: 20071011125510700000010173498



PC-00

FRANCISCA FERREIRA DA SILVA RIBEIRO
RES MARIO COVAS 23
QD S CASA 23 - ANGELIM
64034-640 TERESINA - PI

Postagem: 02/06/2019
Vencimento: 16/06/2019
Emissão: 02/06/2019
Fechamento próxima fatura: 11/07/2019

020619

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	4.754,39
Pagamentos efetuados	- 4.754,39
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	3.411,35
Total desta fatura	3.411,35

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA RIBEIRO
Cartão: 6062.XXXX.XXXX.1687

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento
16/06/2019

A) pagamento total
3.411,35

B) pagamento mínimo
810,78

C) parcelas fixas
261,52
+23x 261,52

Veja outras opções na 2. folha

N) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia menor o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	19.139,00
Limite utilizado no mês	3.411,35
Retirada de recursos (Paisis/Seguros)	520,00

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
16/05 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 854,39
16/05 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 3.900,00
Total dos pagamentos	- 4.754,39

Lançamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
27/11	FIT LASER 07/10	259,80
	BELO HORIZONT	
06/12	SUMUP *MECANICAL06/06	239,65
	São Paulo	
12/12	SUMUP *MECANICAL06/06	237,00
	São Paulo	
25/02	MOSSORO DIESEL 04/06	36,06
	TERESINA	
22/03	MercPago-MERCADO103/10	40,75
	OSASCO	

Continua...

☒ Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7
Número do Documento: 001366510520112469
Nome do Pagador/CPF/CNPJ: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA RIBEIRO - 433.299.693-34
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69
Endereço do Beneficiário: AV RUI BARBOSA, 251-1 A GRAÇAS - RECIFE - PE

recibo do pagador
Número: 175/36651052-6
Valor do documento: R\$ 3.411,35
Vencimento: 16/06/2019
Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75363 65105.262045 00173.090002 1 000	
Local de Pagamento: Pague sua fatura nos caixas da Rede Walman Brasil ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.				Data de Vencimento: 16/06/2019
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69 AV RUI BARBOSA, 251-1 A GRAÇAS - RECIFE - PE				Agência / Código Beneficiário: 2040/01736-9
Data do Documento: 16/06/2019	Número do Documento: 001366510520112469	Especie DOC: FT	Assinatura: N	Data de Processamento: 02/06/2019
Nome do Banco: Itaú	Código: 175	Especie: R\$	Quantidade: 1	Valor: R\$ 3.411,35
Instruções de responsabilidade do beneficiário: Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (I) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (II) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.				(-) Valor do Documento: R\$ 3.411,35
				(+) Juros / Multa
				(=) Valor Pago
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA RIBEIRO - 433.299.693-34 RES MARIO COVAS 23 - QD S CASA 23 - ANGELIM - 64034-640 TERESINA - PI				
Sacador Avalista:				



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

Eu, Geraldo Gomes da Silva Filho,
portador do RG Nº 055679596-2, data de expedição
16/08/17 órgão SPC MA, portador do CPF Nº
003.652.433.61, como domiciliado na cidade de
Parnarama, no estado
do, Maranhão, onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada) Rua 17
Bairro Arouima, nº S/N, complemento
_____, declaro, sob as penas da lei, que
o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antonio Alves da Silva,
cujo o condutor era
Antonio Alves da Silva

Veículo.: motocicleta Modelo.: Dros ano.: 2013
Placa.: 01Y 9478 Chassi.: 9C2KD0550DR105445
Data do Acidente.: 08/03/19

Local e data.: 17.06.2019



Geraldo Gomes da Silva Filho

Assinatura do declarante

Antonio Alves da Silva

Assinatura do condutor



RECONHECIMENTO 022715
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de:
(1) GERALDO GOMES DA SILVA FILHO -
Parnarama-MA, 17 de junho de 2019. Em teste da
verdade.
ELIANE DA SILVA ARAUJO LEAL, Escrevente Autorizada
Emolumentos: R\$ 15,00 + FERC: R\$ 0,50 = TOTAL: R\$
15,50. Selo: ..

Eliane da
Escrev





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002306/2019-87

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, Resp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chalib Lima

Data/Hora: 18/06/2019 - 10:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV;BARAO, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/03/2019 - 17:00

Bairro

TABULETA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA

RG: 14779200

Mãe: JULIA ALVES DA SILVA

Endereço: QD. S. CASA 23, ANGELIM. Nº

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO 2012,2013, PLACA-OIY-9478-MA, RENAVAM-00508265320, DE PROPRIEDADE DE GERALDO GOMES DA SILVA FILHO, CPF-00365243361. RELATA QUE TRAFEGAVA A MOTO NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO PASSOU NO BURACO PERDEU O CONTROLE E CAIU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS LEVADO PARA O HOSPITAL DO PROMORAR. PRONTUARIO;149415.FATO TESTEMUNHADO;DARIO DOS SANTOS BISPO,CPF-029.133.173-40. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chalib Lima, Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Antonio Alves da Silva
ANTONIO ALVES DA SILVA - 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 ASE: _____ CPF da vítima: 567 410 812-91 Nome completo da vítima: ANTÔNIO ALVES DA SILVA

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

Nome completo: ANTÔNIO ALVES DA SILVA CPF: 567 410 812-91

Profissão: MOTOCICLISTA Endereço: RD-5 CASA 23 Número: _____ Complemento: ANGELIM

Bairro: MARCO CONAS Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.000-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86-99478-2633

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

RENDA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5493 3 CONTA: 7271 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Teressina, PI, 21-06-19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RGO

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 RGO, 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.

14001/2018



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190390646

Vítima: ANTONIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ALVES DA SILVA

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 ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ANTONIO ALVES DA SILVA**

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

Banco: **237**

Agência: **000005493-3**

Conta: **000007271-0**

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

Pag. 01829/01830 - carta_15R - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190390646

Vítima: ANTONIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14481019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ALVES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05493-3

CONTA: 000000007271-0

Nr. Autenticação

BRADESCO0807201905000000000023705493000000007271168750 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190390646 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P7/11

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209846/19

Vítima: ANTONIO ALVES DA SILVA

CPF: 567.410.812-91

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO ALVES DA SILVA

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

ANTONIO ALVES DA SILVA : 567.410.812-91

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: 21/06/2019
Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA
CPF: 567.410.812-91

ANTONIO ALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/06/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n - Promorar - Fone: 86 3215 9155

TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 03.522.577/0028-90

Ed. 18 06 2019

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 06/06/2019 09:19:06

(Usu: FRANCINE RODRIGUES)

(Setor: CLINICA-PC)

Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA		Prontuário: 149415
Mãe: JULIA ALVES DA SILVA		Pai: MANOEL CARNEIRO DA SILVA
End.Resid.: Q 8 CASA 23 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64090-000		
Nascimento: 20/11/1975	Idade: 43a3m18d	Sexo: Masculino Fone: 86- -
Responsável: O MESMO		CNS: 898003431873032
Profissão:		Documento:
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

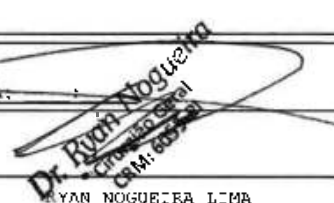
Código: 380448	Entrada: 08/03/2019 17:53:12	Convênio: S U S	Proced: 0331060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM MEMBROS	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Clás. Risco: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORME QUE FEZ RATOX, COM HISTÓRIA DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE T.FÓLA), REPERINDO DOR E ESCORIAÇÕES NO MTD. DESCONHECE ALERGIAS, HAS E DM.		GRACIANNE MAYARA ALVES DA CARVALHO COREN 417692 ENF Ed: 08/03/2019 17:57:22

SSVV: (Hora: ____:____)				
Peso: 5,03 kg	Altura: 0,80 m	IMC: 3,00 kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORME QUE FEZ RATOX, COM HISTÓRIA DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE T.FÓLA), REPERINDO DOR E ESCORIAÇÕES NO MTD. DESCONHECE ALERGIAS, HAS E DM. <i>Fumigação</i> <i>Amarelamento</i> <i>semelhante</i> <i>Arts</i>	
Diagnóstico Inicial:	CID:
Exames Complementares:	
Prescrição Médica: 1 - PACIENTE ORIENTADO A PROCURAR ORTOPEDISTA NA UPA DO RENASCENÇA	
Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Orientações	



Assinatura Paciente ou Responsável

CRM: 6055 Em: 08/03/2019 19:22:40



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:12:55

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011125510700000010173498

Número do documento: 20071011125510700000010173498



ANTONIO AZEVEDO DA SILVA

4674438

NOME

Nº do prontuário

06

A

Enfermaria

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA:



Hospital
Universitário

EBSER

Ministério da

Educação

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Nome

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

21 JUN 2019

DPVAT

15/03/15

Nome ANTONIO ALVES DA SILVA		Nome Social 		Prontuário 467443/8	
Nome Mãe JULIA ALVES DA SILVA		Sexo Masculino	Estado Civil Casado	Dt Nascimento 20/11/1975	
Nome Pai MANOEL CARNEIRO DA SILVA		Data cadastro 11/03/2019	Data recadastro 	Pront. Família 	
RG 14779200		CPF 567.410.812-91	Cartão SUS 898003431873032		
Nome Anterior 		Cidade de nascimento TERESINA		UF PI	
Grau Instrução 2º Grau Completo		Nacionalidade BRASILEIRO			
Profissão 		Código da profissão 	Cor Parda	Fone ou Recado 99-984602364	
Logradouro CASA 5 CONDOMINIO ANGELIM		Posto de Referência : 			
Número 23	Complemento 	Bairro MARIO COVAS			
Cidade TERESINA	UF PI	CEP 64000-972			
Identificador MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA					
Área Cadastradora SETOR 14- LÓ CAR. PESC - OPTALMOLOGIA					
Observação 					
<p>Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.</p> <p>Teresina</p> <p><i>Mônica Andréia Fois de Meireles</i></p> <p>() () () ()</p> <p>Paciente Pai Mãe Representante Legal</p>					
Hospital Universitario - Ufpi					
Boletim de Identificação de Paciente					



Identificação do Paciente

Paciente: 312185 Prontuário: 0467443/8
Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA
Nome Mãe: JULIA ALVES DA SILVA
Endereço: CASA S CONDOMINIO ANGELIM Cartão SUS: 098003431873032
Número: 23 Complemento: Telefone: 99 984602364
Bairro: MARIO COVAS
Cidade: TERESINA UF: PI Cep: 64.000-972
Data Nasc.: 20/11/1975 Idade: 43 Sexo: M Cor: M Est. Civil: C
Profissão:
Naturalidade: TERESINA UF Nascimento: PI
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:
Endereço:
Cidade: UF: CEP: Fone:

Dados de Internação

Data Internação: 11/03/2019 23:46
CID Principal: S42.0 FRATURA DA CLAVÍCULA
CID Secundário: Y98 CIRCUNSTÂNCIAS RELATIVAS A CONDIÇÕES DO MODO DE VIDA
Procedimento: 408010156 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
Clínica: CIRÚRGICA Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 0 Ala: 1 Quarto: 0006 Leito: A Convênio: 1/1 SUS - INTERNAÇÃO
Unidade: POSTO 1 CLÍNICA CIRÚRGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Carater de Internação: URGENCIA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 2 Dia(s)
Pro. Atendimento:



Equipe Médica

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
CRM: 5338 CPF: 99434393353
Chefe da Equipe ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA : ANDRE LUIZ PINHO SOBRAL
CRM: 3573 62108166300

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA
C. Ponto: 6 2001798

Observação



1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Antônio Alves da Silva	CLÍNICA/ENF/LEITO: 06 A
DATA DA ADMISSÃO: 11/03/19	SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 20/11/75 IDADE: 43	ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: Lameiro	RESIDÊNCIA: Teresina
PROCEDÊNCIA: UPA Renascença	COR(REFERIDA): Pardo
ESCOLARIDADE:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO/QUEIXAS PRINCIPAIS:

Fractura de Clavicula

2.1. SINAIS VITAIS: P.A. 156/109 T 36,3 P 94 GLIC. R 20 PESO: ALTURA: IMC: SaO = 99%

2.2. ESCALA da DOR (1 a 10): 0 [0= sem dor; 1-3 = dor branda; 4-6= dor moderada; 7-10= dor severa]

3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

HISTÓRIA FAMILIAR: (X) HAS (X) DM () Cardiopatias () AVE-II () AVE-I () Nefropatias () Neoplasias () Outros Especificar
ANTECEDENTES PESSOAIS: () Doenças Crônicas: Negar
() Tratamentos Anteriores/Cirurgias: Negar
() Medicamentos em Uso: Negar
() ALERGIA: Negar
PRÓTESES: (X) Não () Sim Possui CARTÃO DE VACINA: () Não () Sim
HÁBITOS: () Tabagismo () Etilismo () Outras Drogas, Qual? Negar
EXAMES ANEXOS:

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

OXIGENAÇÃO: (X) Ar ambiente () Cateter nasal () Macronebulização () Máscara de Venturi Padrão respiratório: (X) Eupnéico () Bradpnéico () Taquipnéico () Ortópneico () Dispneia () Cheyne-Stokes Tosse: () Seca () Produtiva [Aspecto da secreção] =
HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia =
ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar =
DIETA: () Jejum (X) Via oral () Parenteral () SNG () SNE () Gastrostomia () Ostomias () Outros () Náuseas () Vômitos () Hematêmese () Sialorréia () Pirose () Inapetência () Disfagia () Dispepsia
ESTADO NUTRICIONAL:
ELIMINAÇÕES: DIURESE = (X) Espontânea () SVD () Cistostomia () Disúria () Oligúria () Anúria () Poliúria () Polaciúria () Enurese () Retenção () Incontinência () Proteinúria () Glicosúria
ASPECTO da URINA = (X) Clara () Concentrada () Colúria () Hematúria
EVACUAÇÕES = (X) Normais () Fezes pastosas () Diarréia () Melena () Constipação há ___ dia(s) () Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia
SONO/REPOUSO: (X) Satisfatório () Insônia () Agitação () Usa Medicação, QUAL?
ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios (X) Não () Sim, Qual? () Astenia () Mialgia
Atividade Motora = (X) Deambula () Deambula com Auxílio () Não Deambula () Usa Cadeira de Rodas
HIGIENE: (X) Satisfatória () Regular () Insatisfatória
Cite

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS e SOCIAIS

PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE RELIGIOSA/ESPIRITUAL () Não () Sim, Qual?
ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: (X) Calmo () Agitado () Alegre () Triste () Ansioso () Agressivo () Medo
COMUNICAÇÃO: (X) Receptivo ao Diálogo () Não Receptivo ao Diálogo
INTERAÇÃO SOCIAL: Participação em Atividades: () Não () Sim, Cite
INTEGRAÇÃO COM A FAMÍLIA () não () sim
LAZER: () Não () Sim, Qual?



Descrição Cirúrgica

folha 1/1

Unidade: BLOCO CIRURGICO

Data cirurgia: 13/03/2019

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA

Idade: 43 anos 3 meses

Convênio: SUS

Sexo: Masculino

Prontuário: 0467443/8

Leito: 0006A

2. EQUIPE

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA

Cirurgião: MARCELO LOPES MACHADO

Auxiliar: ANDRE LUIS SANTANA NOGUEIRA

JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR

Enfermagem: TAIANE SOARES VIEIRA

CRM: 5338

CRM: 4352

CRM: 6930

CRM: 6606

COREN: 184699

ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

3. DIAGNÓSTICO

ASA: I

Pré-Operatório S42.0 FRATURA DA CLAVÍCULA

Pós-Operatório S42.0 FRATURA DA CLAVÍCULA

4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

ASA:

Avaliação clínica:

Co-morbidades:

Exame físico:

Executor da sedação:

CRM:

5. CIRURGIAS REALIZADAS

Início: 13/03/2019 17:30

Fim: 13/03/2019 18:00

Caráter: URGÊNCIA

Procedimentos - Potencial de contaminação

OSTEOSSINTESE CLAVICULA

LIMPA

Técnica Anestésica/Sedação: BLOQUEIO

Observação:

6. ACHADOS OPERATÓRIOS

fratura de clavícula

Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.

Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

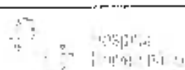
7. DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL INTERESCALENO
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO NA PELE
5. REDUÇÃO DE FRATURA DE CLAVÍCULA;
6. COLOCAÇÃO DE PLACA BLOQUEADA DE 7 FURUS;
7. COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS;
8. SUTURA POR PLANOS
9. SUTURA DE PELE E CURATIVO;

13/03/2019 18:20

Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6474

[Assinatura manuscrita]
Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6474



Descrição Cirúrgica

Identificação

ANTONIO ALVES DA SILVA

Leito: 0006A

0467443/8

MBCR_DESCR_CIRURGICA 13/03/2019 15:34:38 3:2185





Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFPI
BOLETIM DE ANESTESIA

Data: 13/08/10

Paciente: Antônio Alves de Silva Prontuário: _____
Cirurgião: Marcelo Diagnóstico: cateter de clavicula
Procedimento: cateter de clavicula Jejum: OK
Idade: 43 Peso: 80 PA: 130x80 FC: 81 Neuro: OK ASA: I

Monitorização:
(☒) ECG (☒) SpO₂ (☒) PANI () EtCO₂ () BIS () Analisador de gases () TOF () Temp _____
() PVC Local _____ () PAI Local _____ Cateter _____ () Fácil () Difícil
Acesso Venoso:
(☒) Periférico Local: MSE Jelco: 20 Local₂ _____ Jelco _____ () Fácil () Difícil pré-med
() Central Local _____ Cateter _____ () Fácil () Difícil () Ultrassom
Pré-Medicação: _____

(☒) Sedação Agentes: Cetamine 10mg + midazolam sup
(☒) Cateter de O₂ () Venturi () Máscara facial () Guedel () Cânula Nasofaríngea

Bloqueio de Neuroeixo () Peridural Cateter () Sim () Não
() Subaracnóideo Posição () Sentado () Decúbito Lateral
Posição () Sentado () Decúbito Lateral Punção () Mediana () Paramediana
Punção () Mediana () Paramediana Técnica () Dogliotti () Gutierrez
Nível _____ Agulha _____ Nível _____ Agulha _____
() Fácil () Difícil Tentativas _____ () Fácil () Difícil Tentativas _____
Drogas _____ Drogas _____

Bloqueios Periféricos: () Axilar (☒) Interscalênico () Supraclavicular () Infraclavicular () ESP
() Femoral () Ciático () Poplíteo () Pentabloqueio () TAP () Ilioinguinal () Peniano
() Intercostal () Oftálmico; Outros: _____
Drogas: 20ml de bupivacaína 0,25% + Lidocaína 1% clonazepam
Recursos: () Estimulador de nervo () Ultrassom dupb clipe

Anestesia Geral Indução: _____
() Venosa Total () Inalatória () Balanceada
Intubação: () Sim () Não () IOT Prévia
() Oral () Nasal Sonda _____ () com cuff
() Aramado () Brônquico
() Cricotireotomia () Traqueostomia () Acordado Manutenção: _____
Recursos: _____
() Laringoscopia direta () Bougie
() Guia Rígido () McCoy
() Estilete luminoso () Videolaringoscópio
() Fibroscópio () _____
() Fácil () Difícil Tentativas _____ Connack: _____
Dispositivos Supraglóticos: Ventilação: () Espontânea () Assistida
() Máscara Laringea () Tubo laringeo () VCV () VCP () SIMV () PSV
Pinsp: _____ VC _____ FR _____ PEEP _____ I:E _____
() Circular () Semi-aberto () Absorvedor de CO₂

Proteção Ocular: () Esparradrapo () Micropore () Tarsorrafia () Pomada: _____
Torniquete: () Não () Sim Local _____ Início _____ Fim _____ Tempo _____
() Sonda Vesical () Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoenteral



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: ANTONIO ALVES DA SILVA		PRONTUÁRIO: 467443/8	
DATA: 14/03/2019	HORÁRIO: 15:30	CLÍNICA: POSTO 01	ENF/LEITO: 6A
1. CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DE ALTA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO: CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) DESORIENTADO () TORPOROSO ()			
RESPOSTA MOTORA: SEM DEFICIT MOTOR (X) COM MOTOR ()			
RESPOSTA VERBAL: FÁSICA (X) DISÁRTRICO () AFÁSICO ()			
2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA			
VIDE RECEITUÁRIO			
3. DISPOSITIVO EM USO		SIM	NÃO
CURATIVO		X	
CATETER DE DUPLO LUMEN			X
SONDA VESICAL DEMORA			X
DRENO SUCTOR EM FO			X
FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO			X
SONDA ENTERAL/ NASOGÁSTRICA			X
OUTRO- ESPECIFIQUE			
4. ORIENTAÇÕES:			
ORIENTAÇÕES QUANTO A HÁBITOS SAUDÁVEIS; MARCAÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS. USAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. RETIRAR PONTOS CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA, REALIZAR CURATIVO DIÁRIO			
*CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS- ALTA:			
() GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV/			
GRAU I *DEAMBULA SEM AUXÍLIO: *TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO *SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO *ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO		GRAU II *NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO: *SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO *QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO. *ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO: *PRESENÇA DE SVD, SNG, CURATIVOS E OUTROS: *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE ROTINA:	
GRAU III *NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO. NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS COMPLEXOS: *ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO: *OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE:		GRAU IV *ACAMADO NO LEITO *HIGIENE NO LEITO: *ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL: *REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA: *COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS: *INCONSCIENTES OU COM DEVIÓ NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO.	

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) CARIMBO





Sumário de Alta

folha: 1 / 1

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Alves da Silva
Idade: 43 anos 3 meses
Data internação: 11/03/2019
Convênio: Sus
Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura
Sexo: Masculino
Data Alta: 14/03/2019
Prontuário: 467443/8
Leito: 0006A
Permanência: 3 dias
Divisão de Gestão do Cuidado

DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
fratura da clavícula (S42.0)
Diagnóstico principal na Alta
Fratura da clavícula (S42.0)
Diagnósticos secundários
Fratura da clavícula (S42.0)

PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas
13/03/2019 Osteossíntese clavícula
Consultorias
12/03/2019 CARDIOLOGIA

EVOLUÇÃO

PACIENTE DE 43 ANOS, COM DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM OMBRO DIREITO APOS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 4 DIAS.
NEUROVASCULAR PRESERVADO. PACIENTE REFERE DOR LOCAL. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO.
FEITO OSTEOSSÍNTESE DE CLAVÍCULA NO DIA 13.03.2019
PACIENTE EVOLUI EM BEG, SEM DEMAIS QUEIXAS
CONDUZA:
ALTA
ANALGESIA
RETORNO AO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL

PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta
Alta médica
Recomendações da Alta
Encaminhamento ao ambulatório do hospital
Medicamentos Prescritos na Alta
PACO -- 01 CX -- Uso Interno
CEFALEXINA 500.0 MG -- 28 CPS -- Uso Interno
DIPIRONA COMP 500.0 MG -- 01 CX -- Uso Interno

Tiago Olimpio dos Santos Lima
MÉDICO
CRM/PR: 7266

PJ CORRETO
DE SEGUROS
21 JUN 2019
DPVAT

14/03/2019, 10:15 h.

Dr. LAFAYEITH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6471

Identificação

Sumário de Alta

Antonio Alves da Silva

Leito: 0006A

467443/8

O Serviço de Saúde prestado por esta Instituição é gratuito, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

21 JUN 2019

DPVAT

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

NOME

ANTONIO ALVES DA SILVA

DOC. CATEGORIA / ORIG. EMISSÃO / F

14779200 RZF AM

CNP

567.410.812-91

DATA NASCIMENTO

20/11/1975

PRACAO

MANOEL CARREIRO DA
 SILVA

JULIA ALVES DA SILVA

PERMISSÃO

CONDICIONADO

ACC

CONDICIONADO

CAT. FASE

323

PRÉSTIMO

0019317676

VALIDADE

07/06/2012

PRÉSTIMO

08/07/1997

CONTINUAÇÃO

Antonio Alves da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

TERESINA

DATA DE EMISSÃO

12/08/2014

00229286602

71314419496

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 DIRETOR-GERAL DE REGISTRO - D

ADMINISTRATIVO DE TRANSITO

DETRAN - PI (PIAUÍ)





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ANTÔNIO ALVES DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 08-03-2019 (CPF DA VITIMA 507.410.812-91)
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ANTÔNIO ALVES DA SILVA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VITIMA É ALVARO ALVES DA SILVA
ENDEREÇO DO PORTADOR AV. A - 28 - S. CA. 203 BAIRRO MARJO COAS
Nº COMPLEMENTO ANGELO UT PI CEP 64.060.000
CIDADE TENESINA
E-MAIL TELEFONE (96) 99498-2633

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E PELA TORÇÃO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
() ROLÉTIM DO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INTERVINDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DEPENDÊNCIA DO ACIDENTE: O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FÓRMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 26.06.19
IDENTIDADE 14775200559

ASSINATURA Antônio Alves da Silva
DATA 21 JUN 2019
NOME ANTÔNIO ALVES DA SILVA
ASSINATURA DPVAT

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 26.06.19
IDENTIDADE 14775200559

ASSINATURA Antônio Alves da Silva
DATA 21 JUN 2019
NOME ANTÔNIO ALVES DA SILVA
ASSINATURA DPVAT

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 ASE: _____ CPF da vítima: 567 410 812-91 Nome completo da vítima: ANTÔNIO ALVES DA SILVA

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

Nome completo: ANTÔNIO ALVES DA SILVA CPF: 567 410 812-91

Profissão: MOTOCICLISTA Endereço: RD-5 CASA 23 Número: _____ Complemento: ANGELIM

Bairro: MARCO CONAS Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.000-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86-99478-2633

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

RENDA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5493 3 CONTA: 7271 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Teressina, PI, 21-06-19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.

14001/2018