

Caixa de Entrada | Controladoria | Audiência | Upload | Consulta | 0834317-20.2019.8.18.0140 | Sistemas | Merge | WhatsApp | Tribunal | Portal | + | ☰ | ☰ | ☰

tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=389432&ca=eeb8b0923cc7b3158cebe12286ce543bedf... ☆ | ☰ | ☰ | ☰ | ☰ | ☰ | ☰

Apps | 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 (2733439 CONTESTACAO 01)
- 10725833 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 10725835 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 10725837 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 10725840 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

2733439- C3/ 2020-02532/ INVALIDEZ



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



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
10725 833	10/07/2020 11:12	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Rv. Ulysses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

18/06/2019

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

Imp: 06/06/2019 09:49:06
(User: FRANCIANE RODRIGUES)
(Estação: CLIENTE-PC)

<u>Nome:</u> ANTONIO ALVES DA SILVA		<u>Prontuário:</u> 149415
<u>Mãe:</u> JULIA ALVES DA SILVA	<u>Pai:</u> MANOEL CARNEIRO DA SILVA	
<u>End. Resid.:</u> Q S CASA 23 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
<u>Nascimento:</u> 20/11/1975	<u>Idade:</u> 43a3m18d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86- -
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 898003431873032
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u>
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 380448	<u>Entrada:</u> 08/03/2019 17:53:12	<u>Convênio:</u> S o S	<u>Proced:</u> 0301060061
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM MEMBROS	<u>Classificação:</u> DOR MODERADA	<u>Cor:</u> Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE FEZ RAIXO, COM HISTÓRIA DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE TIPOÍA). REFERINDO DOR E ESCORIAÇÕES NO MBD. DESCONHECE ALÉRGIAS, HASSE E DM.		GEYCIANNE MAYARA ALVES DE CARVALHO COPREN 417992 ENF Em: 08/03/2019 17:57:22

<u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bpm Pressão: mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE FEZ RAIXO, COM HISTÓRIA DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE TIPOÍA). REFERINDO DOR E ESCORIAÇÕES NO MBD. DESCONHECE ALÉRGIAS, HASSE E DM.
<i>Francinete Alves de Carvalho</i>
<u>Diagnóstico Inicial:</u>
<u>Exames Complementares:</u>
<u>Prescrição Médica:</u> 1 - PACIENTE ORIENTADO A PROCURAR ORTOPEDISTA NA UPA DO RENASCENÇA

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>
Alta com Orientações
<u>DATA:</u> / / <u>HORA:</u> / /

Assinatura Paciente ou Responsável

YAN NOGUEIRA LIMA
CRM PI 6055 Em: 08/03/2019 19:22:40

Dr. Ruy Nogueira
CRM PI 6055





FRANCISCA FERREIRA DA SILVA RIBEIRO
RES MARIO COVAS 23
QD 5 CASA 23 - ANGELIM
64034-640 TERESINA - PI

PC -00

Postagem: 02/06/2019
Vencimento: 16/06/2019
Emissão: 02/06/2019
020619 Fechamento próxima fatura: 11/07/2019

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

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito 19.130,00
Limite utilizado no mês 3.411,35
Retirada de recursos (saque) 520,00

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
16/05	PAGAMENTO FICHA COMPENS - 654,39
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 BELO HORIZONT	259,80
02/06/12	SUMUP *MECANICALA06/06 São Paulo	239,65
12/12/12	SUMUP *MECANICALA06/06 São Paulo	237,00
25/02	MOSSORÓ-DIESEL 04/06 TERESINA	36,06
22/03	MercPago-MERCADO103/20 OSASCO	40,75

Continua...

Compra presencial

com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

34191.75363 65105.262045 00173.090002 1 000

Número do Documento 00136651052/0112469

Nome do Pagador/CPF/CNPJ FRANCISCA FERREIRA DA SILVA RIBEIRO - 433.299.693-34

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ HIPERCARD BANCO MÚLTILO S.A - 03.012.230/0001-69

Endereço do Beneficiário AV RUI BARBOSA, 251-1 A GRACAS - RECIFE - PE

recibo do pagador

Nº do Número 1/3/36651052-6

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		Peque sua fatura nos caixas da Rede Walmar Brasil, ou em qualquer Banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou resolução contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.										
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ		16/06/2019										
Dado do Documento	Número do Documento	Exped. DOC	Acote	Data de Processamento	Data de Vencimento							
16/06/2019	00136651052/0112469	PT	N	02/06/2019	16/06/2019							
Nome do Banco	Carteira	Exped.	Quantidade	Valor	Número do Documento							
	175	R\$		R\$ 3.411,35	175/36651052-6							
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 quanto 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.												
<input checked="" type="checkbox"/> Descontos / Alugamentos <input checked="" type="checkbox"/> Juros / Multa <input checked="" type="checkbox"/> 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 5 CASA 23 - ANGELIM - 64034-640 TERESINA - PI												
Sacador Avulso:												



Autenticação Mecânica - Ficha de Compreensão



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

<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101112551070000010173498>

Número do documento: 2007101112551070000010173498

Num. 10725833 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Geraldo Gomes da Silva Filho, portador do RG Nº 055673596-2, 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 Aerovaria, nº 517, 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. Antônio Alves da Silva, cujo o condutor era Antônio Alves da Silva

Veículo.: Motocicleta Modelo.: Bras ano.: 2013
Placa.: 01Y 9478 Chassi.: 9C2KDN05500R105445
Data do Acidente.: 08/03/19

Local e data.: 17.06.2019



Assinatura do declarante

Antônio Alves da Silva

Assinatura do condutor

RECONHECIMENTO 022715

Reconheço a assinatura por AUTÉNTICA de:
(1) GERALDO GOMES DA SILVA FILHO -

Parnarama-MA, 17 de junho de 2018. Em testemunha da
verdade.

Eliane da Silva Araújo Leal - Escrivente Autorizada
Emolumentos: R\$ 15,00 + FERC: R\$ 0,50 = TOTAL: R\$
15,50. Selo: .





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, pelo Registro: Narceiza De Maria Chalb 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, N°
Bairro: ANGELIM
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

21 JUN 2019

DPVAT

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. PRONTUÁRIO:149415.FATO TESTEMUNHADO,DARIO DOS SANTOS BISPO,CPF-029.133.173-40. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chalb Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

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 AST:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	567 410 812-91	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:		CPF:		
ANTÔNIO ALVES DA SILVA		567 410 812-91		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
MOTORISTA	QD-5 CASA 23		ANGELIM	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
MATILIO CONAS	TERESINA	PI	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).

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUJO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 | (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 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, cotação 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 atende 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 da pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúva | 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 (vel nascido)? Sim Não | Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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:	Teresina - PI, 21-06-19
Nome:	_____
CPF:	_____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 RISCO, 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.

14/06/2018



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, retorno 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

00030915




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

Pag. 00739/00740 - carta_01 - INVALIDEZ



00020370

Carta nº 14481019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:12:55
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101112551070000010173498>
Número do documento: 2007101112551070000010173498

Num. 10725833 - Pág. 7

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

BRADESCO08072019050000000002370549300000007271168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101112551070000010173498>
Número do documento: 2007101112551070000010173498

Num. 10725833 - Pág. 8

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 médica-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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101112551070000010173498>
Número do documento: 2007101112551070000010173498

Num. 10725833 - Pág. 10

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Rua: Clísees Guimarães s/nº Promorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

18/06/2019

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

Imp: 08/06/2019 09:19:06
User: FRANCIAE RODRIGUES
Sessão: CLIENTE-PC

<u>Nome:</u> ANTONIO ALVES DA SILVA	<u>Prontuário:</u> 149415		
<u>Mãe:</u> MULTA ALVES DA SILVA	<u>Pai:</u> MANOEL CARNEIRO DA SILVA		
<u>End. Resid.:</u> Q S CASA 23 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-000			
<u>Nascimento:</u> 20/11/1975	<u>Idade:</u> 43a3m18d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 66- -
<u>Responsável:</u> O MÊSMO		<u>CMS:</u> 898003431873032	
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u>	
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM MEMBROS	<u>Classificação:</u> DOR MODERADA	<u>Cor:</u> Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE FEZ RAXO, COM HISTÓRIA DE FRACTURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE TÍPOLA). REFERINDO DOR E ESCORTAÇÕES NO MBD. DESCONHECE ALERGIAS, HABIT DE.		
GRYCTANNE MAYARA ALVES DA CARVALHO COPEN 417492 RNF Ed: 08/03/2019 17:57:23		

<u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____)
Peso: 60,00 Kg Altura: 1,60 m IMC: 20,00 Kg/m ² Peso: 0,00 Peso: 0,00 Pressão: mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE FEZ RAXO, COM HISTÓRIA DE FRACTURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE TÍPOLA). REFERINDO DOR E ESCORTAÇÕES NO MBD. DESCONHECE ALERGIAS, HABIT DE.
<i>Françisco Alves de Souza</i>
<i>21 JUN 2019</i>
<i>DR. R. NOGUEIRA</i>

<u>Diagnóstico Inicial:</u>
<u>Exames Complementares:</u>

<u>Prescrição Médica:</u>
1 - PACIENTE ORIENTADO A PROCURAR ORTOPEDISTA NA UPA DO RENASCENÇA

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>
Alta com Orientações

DATA: / /

HORA: / /

Assinatura Paciente ou Responsável

DR. R. NOGUEIRA
CRM PI 6055 Em: 08/03/2019 19:22:40



Antônio Arcêscia da Silva

NOME

06

Enfermaria

4674438

Nº do prontuário

A

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA:

HU Hospital Universitário

EBSER

Ministério da
Educação

BRASIL
PAÍS NICO • PAÍS SEM FOME

Nome

15/03/16

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

21 JUN 2019

DPVAT





Sistema Único de Saúde

Ministério
da
Saúde

EBSERH



Hospital
Universitário

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE Hospital Universitário 2 - CNES 3.285.391
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE 4 - CNES 3.285.391

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE ANTONIO ALVES DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 4674438			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 898003431873032		8 - DATA DE NASCIMENTO 20/11/1975	9 - SEXO Masculino	10 - RACA / CDP Parda	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE JUHIA ALVES DA SILVA		12 - TELEFONE DE CONTATO			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL O mesmo		14 - TELEFONE DE CONTATO (00) 0000-0000			
15 - ENDERECO (RUA, Nº BAIRRO) CASA 5 CONDOMÍNIO ANGELIM, 23, MARIO COVAS		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2241001			
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA TERESINA		18 - UF PI		19 - CEP 64000972	

JUSTIFICATIVAS DA INTERNACAO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS _____
Paciente vítima de acidente automobilístico, apresenta dor e deformidade por fratura em clavícula.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO _____

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES) PJ CORRETO DE SEGUROS

Rx de torax 21 JUN 2013

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA DA CLAVÍCULA		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408010150
29 - CLÍNICA Cirurgia	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	31 - DOCUMENTO () CNIS (X) CPF 99434393363
32 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): DR. BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
34 - DATA DA 11/03/2019		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): DR. BRUNO WILSON DA SILVA MOURA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	30 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº BILHETE	41 - SÉRIE
37 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	0	0
38 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		43 - CNAF EMPRESA	44 - CBOR

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - COD. ORGÃO EMISSOR	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO		49 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO)	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

~~Yllorua Andea Frais de meubles~~



Nome ANTONIO ALVES DA SILVA	Nome Social	Prontuário 467443/8	
Nome Mãe ESTELIA 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 34779200	CPF 567.410.812-91	Cartão SUS 898003431873032	UF PI
Nome Anterior	Cidade de nascimento TERESINA		
Grau Instrução 8º Grau Completo	Nacionalidade BRASILEIRO		
Profissão	Código da profissão	Cor Parda	Fone ou Recado 99-984602364
Endereço	Posto de Referência :		
CASA 6 CONDOMINTO ANGELIM			
Número 23	Complemento	Bairro MARIO COVAS	
Cidade TERESINA		UF PI	CEP 64000-972
Identificador MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA			
Área Cadastradora SETOR 14- LÓG. CAR. PESC - OFTALMOLOGIA			
Observação			
Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.			
Teresina <u>Monica Andrade Freitas de Melo</u>			
(Paciente	(Pai	(Mãe	(Representante Legal
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 CONDOMÍNIO ANGELIM Cartão SUS: 098003431873032
Número: 23 Complemento:
Bairro: MARIO COVAS Telefone: 99 984602364
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: 408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
Clínica: CIRÚRGICA Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 0 Ala: 1 Quarto: 0006 Leito: A Convênio: 1/1 SUS - INTERNACÃO
Unidade: POSTO 1 CLÍNICA CIRÚRGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Caráter de Internação: URGENCIA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perí. SUS: 2 Dia(s)
Tro. Atendimento:

✓ CORRETO ✓
DE SEGUROS

21 JUN 2019

DPVAT

Equipe Médica

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

Funcionário que efetuou a Internação

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

Observação



1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: <i>Fábio Alves da Silva</i>	CLÍNICA/ ENF/LEITO: 06 A
DATA DA ADMISSÃO: 11/10/19	
DATA DE NASCIMENTO: 20/11/75	IDADE: 43
PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO: Lavrador	SEXO: Masculino
PROCEDÊNCIA: UPA Remanso	ESTADO CIVIL: Casado
ESCOLARIDADE:	RESIDÊNCIA: Teresina
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	COR(REFERIDA): Pardo

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO/QUEIXAS PRINCIPAIS:

Fistula de Glândula

2.1. SINAIS VITAIS: P.A 156/104 T 36,3 P 94 GLIC. 20 PESO: 70 ALTURA: 1,70
IMC: 20 = 39%

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: HAS DM Cardiopatias AVE-II AVE-I Nefropatias
Neoplasias Outros Especificar

ANTECEDENTES PESSOAIS: Doenças Crônicas: *Negar*

Tratamentos Anteriores/Cirurgias: *Negar*
 Medicamentos em Uso: *Negar*

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS
OXIGENAÇÃO: Ar ambiente Cateter nasal Macronebulização Máscara de Venturi
Padrão respiratório: Eupnético Bradipnético Taquipnérico Ortopnérico Dispnéia Cheyne-Stokes
Tosse: Seca Produtiva [Aspecto da secreção] =

HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia =

ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar =

DIETA: Jejum Via oral Parenteral SNG SNE Gastrostomia Ostomias Outros
Náuseas Vômitos Hematêmese Sialorréia Pirose Inapetência Disfagia Dispepsia

ESTADO NUTRICIONAL:

ELIMINAÇÕES: DIURESE = Espontânea SVD Cistostomia Disúria Oligúria Amíria

Políuria Polaciúria Enuresc Retenção Incontinência Proteinúria Glicosúria

ASPECTO da URINA: Clara Concentrada Colúria Hematúria

EVACUAÇÕES: Normais Fezes pastosas Diarréia Melena Constipação há 0 dia(s)

Colostomia Ileostomia Jejunostomia

SONO/REPOUSO: Satisfatório Insônia Agitação Usa Medicação, QUAL?

ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios Não Sim, Qual?

Astenia Mialgia

Atividade Motora: Deambula Deambula com Auxílio Não Deambula Usa Cadeira de Rodas

HIGIENE: Satisfatória Regular Insatisfatória

Cite

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS e SOCIAIS

PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE RELIGIOSA/ESPIRITUAL: Não Sim, Qual?

ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: Calm Agitado Alegre Triste Ansioso Agressivo Medo

COMUNICAÇÃO: 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 CIRÚRGICO

Data cirurgia: 13/03/2019

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA
Idade: 43 anos 3 meses
Convênio: SUS

Prontuário: 0467443/8
Sexo: Masculino
Leito: 0006A

2. EQUIPE

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
CRM: 5338
Cirurgião: MARCELO LOPES MACHADO
CRM: 4352
Auxiliar: ANDRE LUIS SANTANA NOGUEIRA
CRM: 6930
JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR
CRM: 6606
Enfermagem: TAIANE SOARES VIEIRA
COREN: 184699

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-morbididades:

Exame físico:

Executor da sedação:

CRM:

5. CIRURGIAS REALIZADAS

Inicio: 13/03/2019 17:30

Fim: 13/03/2019 18:00

Caráter: URGÊNCIA

Procedimentos - Potencial de contaminação

OSTEOSSINTESE CLAVÍCULA

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 DECÚBITO 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 FUROS;
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



Identificação

ANTONIO ALVES DA SILVA

Leito: 0006A

0467443/8

Descrição Cirúrgica

M8CR_DESCR_CIRURGICA

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



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

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101112551070000010173498>

Número do documento: 2007101112551070000010173498

Num. 10725833 - Pág. 17

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

Data: 13/08/10

Paciente	Antônio Alves de Souza	Prontuário	
Cirurgião	Marcelo	Diagnóstico	Ressecção de clavícula
Procedimento	conecto metate clavícula	Jejum	OK
Idade	43	Peso	70
	PA 130x80	FC	81
	Neuro	OK	ASA

Monitorização:

(ECG) (SpO₂) (PANI) (EtCO₂) (BIS) (Analisador de gases) (TOF) (Temp) _____
 (PVC) Local _____ (PAI) Local _____ Cateter _____ (Fácil) (Difícil)

Accesso Venoso:

(Periférico) Local: MSE Jejco: 20 Local: _____ Jejco: _____ (Fácil) (Difícil) _____
 (Central) Local: _____ Cateter: _____ (Fácil) (Difícil) (Ultrassom) _____

Pré-Medicação:

(Sedação) Agentes: Cetamina 10 mg + midazolam 5 mg
 (Cateter de O₂) (Venturi) (Máscara facial) (Guedel) (Cânula Nasofaringea)

Bloqueio de Neuroeixo	(<input type="checkbox"/> Peridural) Cateter (<input type="checkbox"/> Sim) (<input type="checkbox"/> Não)
(<input type="checkbox"/> Subaracnóideo)	Posição (<input type="checkbox"/> Sentado) (<input type="checkbox"/> Decúbito Lateral)
Posição (<input type="checkbox"/> Sentado) (<input type="checkbox"/> Decúbito Lateral)	Punção (<input type="checkbox"/> Mediana) (<input type="checkbox"/> Paramediana)
Punção (<input type="checkbox"/> Mediana) (<input type="checkbox"/> Paramediana)	Técnica (<input type="checkbox"/> Dogliotti) (<input type="checkbox"/> Gutierrez)
Nível _____	Nível _____ Agulha _____
(<input type="checkbox"/> Fácil) (<input type="checkbox"/> Difícil) Tentativas _____	(<input type="checkbox"/> Fácil) (<input type="checkbox"/> Difícil) Tentativas _____
Drogas _____	Drogas _____

Bloqueios Peritéricos: (Axilar) (Interescalênico) (Supraclavicular) (Infraclavicular) (ESP)
 (Femoral) (Ciático) (Poplíteo) (Pentablock) (TAP) (Ileinguinal) (Peniano)
 (Intercostal) (Oftalmico): Outros:
 Drogas: *Procaine 100 mg, 25% + Lidocaine 1% etílo duplo clique*
 Recursos: (Estimulador de nervo) (Ultrassom)

Anestesia Geral	Indução: _____ _____ _____ _____
(<input type="checkbox"/> Venosa Total) (<input type="checkbox"/> Inhalatória) (<input type="checkbox"/> Balanceada)	Manutenção: _____ _____ _____ _____
Intubação: (<input type="checkbox"/> Sim) (<input type="checkbox"/> Não) (<input type="checkbox"/> IOT Prévia)	Ventilação: (<input type="checkbox"/> Espontânea) (<input type="checkbox"/> Assistida)
(<input type="checkbox"/> Oral) (<input type="checkbox"/> Nasal) Sonda _____ (<input type="checkbox"/> com cuff)	(<input type="checkbox"/> VCV) (<input type="checkbox"/> VCP) (<input type="checkbox"/> SIMV) (<input type="checkbox"/> PSV)
(<input type="checkbox"/> Aramado) (<input type="checkbox"/> Brônquico) _____	Pinsp: _____ VC: _____ FR: _____ PEEP: _____ I:E: _____
(<input type="checkbox"/> Cricotireotomia) (<input type="checkbox"/> Traqueostomia) (<input type="checkbox"/> Acordado)	(<input type="checkbox"/> Circular) (<input type="checkbox"/> Semi-aberto) (<input type="checkbox"/> Absorvedor de CO ₂)
Recursos:	
(<input type="checkbox"/> Laringoscopia direta) (<input type="checkbox"/> Bougie)	
(<input type="checkbox"/> Guia Rígido) (<input type="checkbox"/> McCoy)	
(<input type="checkbox"/> Estilete luminoso) (<input type="checkbox"/> Videolaringoscópio)	
(<input type="checkbox"/> Fibroscópio) (<input type="checkbox"/> _____)	
(<input type="checkbox"/> Fácil) (<input type="checkbox"/> Difícil) Tentativas _____ Connack: _____	
Dispositivos Supraglóticos:	
(<input type="checkbox"/> Máscara Laringea) _____ (<input type="checkbox"/> Tubo laringeo) _____	
Proteção Ocular: (<input type="checkbox"/> Esparadrapo) (<input type="checkbox"/> Micropore) (<input type="checkbox"/> Tarsorráfia) (<input type="checkbox"/> Pomada): _____ _____ _____ _____	
Torniquete: (<input type="checkbox"/> Não) (<input type="checkbox"/> Sim) Local: _____	Inicio: _____ Fim: _____ Tempo: _____
(<input type="checkbox"/> Sonda Vesical) (<input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica)	(<input type="checkbox"/> 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 () DESORIENTADO () TORPOROSO () RESPOSTA MOTORA: SEM DEFÍCIT MOTOR (X) COM MOTOR () RESPOSTA VERBAL FÍSICA (X) DISÁTRICO () AFÁSICO ()			
2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA VIDE RECEITUÁRIO			
3. DISPOSITIVO EM USO CURATIVO		SIM	NÃO
CATETER DE DUPLO LUMEN SONDA VESICAL DEMORA DRENO SUCTOR EM FO FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO SONDA ENTERAL/ NASOGASTRICA		X	X
OUTRO- ESPECIFIQUE			
4. ORIENTAÇÕES: ORIENTAÇÕES QUANTO À 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 AUXILIO: *TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO *SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO *ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO	GRAU II *NECESSITA DE AUXILIO NA DEAMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO: *SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO *QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO. *ORIENTAÇÃO E AUXILIO NO AUTO-CUIDADO: *PRESENÇA DE SVD, SNG CURATIVOS E OUTROS: *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE ROTINA:		
GRAU III *NECESSITA DE AUXILIO NA DEAMBULAÇÃO, NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO COMPLEXO: *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

Antibioticoprofilaxia () Não () Sim Drogas: Gentamicina Horário: 16:50
Cirurgia: Início 14:30 Fim _____ Anestesia: Início 16:40 Fim _____ Duração: _____

PAS V	T °C	240
PAD A	40	220
	38	200
FC ...	36	180
PAI x	34	140
	32	120
	30	100
	28	80
	26	60
	24	40
	22	20
SpO ₂	100	100
ECG	RS	RS
EtCO ₂	RS	RS
RIS		
TOF		
PVC		

BALANCO IDRICO

PERDAS INS.

PERDA SANG.

DIURESE

SF 0,9%

RINGER LAC

C. HEMÄ

TOTAL

Destino: () Externo () SRPA () UTI () Entubado () Extubado () Óbito

Destino: () Externo () SIRPA () OUT () Entubado () Extubado () Outro PA () SPO2 () ECG () CO2 () SpO2 () O2 () Uso de DVA: () Não () Sim

Observações/Intercorrelações:

Residents

Anestesiologista 1: Sempre

Anestesiologista 2:



Sumário de Alta

folha: 1 / 1

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Alves da Silva
Idade: 43 anos 3 meses
Sexo: Masculino
Data internação: 11/03/2019
Data Alta: 14/03/2019
Prontuário: 467443/8
Convênio: Sus
Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura
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 TERAPÉUTICOS

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 AUTOMOBILISTICO HÁ HÁ 4 DIAS. NEUROVASCULAR PRESERVADO. PACIENTE REFERE DOR LOCAL, CONSCENTE, ORIENTADO, FASICO. FEITO OSTEOSÍNTSE DE CLAVÍCULA NO DIA 13.03.2019. PACIENTE EVOLUI EM BEG, SEM DEMAIS QUEIXAS. CONDUÍA:
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

14/03/2019, 10:15 h.

Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6474

21 JUN 2019
PJ CORREIO DE SÉGURO
DPVA

Identificação

Antonio Alves da Silva

Leito: 0006A

467443/8





PJ CORRETORES
DE SEGUROS
JUN 2013

27 JUN 2019

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101125510700000010173498>
Número do documento: 20071011125510700000010173498

Num. 10725833 - Pág. 22



INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO	
VITIMA <u>Antônio Alves da Silva</u>	
DATA DO ACIDENTE <u>08-03-2019</u> (CPF DA VITIMA <u>567 410 812-91</u>)	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO <u>Antônio Alves da Silva</u>	
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE JURÍDICO PARANTESGM A VITIMA É <u>funcionário</u> <u>Alves da Silva</u> () REPRESENTANTE JURÍDICO, CUIJO PARANTESGM	
ENDERECO DO PORTADOR <u>Avenida 2B - SC 29 23</u>	
Nº - <u>COMPLEMENTO <u>André Estrela</u></u> BAIRRO <u>manoas</u>	
CIDADE <u>Floripa</u> UF <u>SC</u> CEP <u>89.000.000</u>	
E-MAIL _____ TELEFONE (96) <u>994798-2633</u>	
MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:	
DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE	
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRO DE OCORRÊNCIA E PEDIDO PELA AUTENTICAÇÃO POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) <input checked="" type="checkbox"/> CARTA DE INTENDIDA DA VITIMA QUOCIFICAÇÃO DE NASCIMENTO OU CERTIFICAÇÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 21 <input checked="" type="checkbox"/> TRABALHO OU CARGO (A NACIONAL - DE HABILITACAO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL); <input checked="" type="checkbox"/> (CPI) DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL); <input checked="" type="checkbox"/> LAUDO DGI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)	
<input checked="" type="checkbox"/> MAIS POSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO LAUDO DE AUTÊNCIA OU LAUDO DGI (ML) <input checked="" type="checkbox"/> (ORIGINAL) ASSINADA PE A VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAIS) QUE COMPONTEM A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA	
<input checked="" type="checkbox"/> () ROLÉM DIA ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL, (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL); <input checked="" type="checkbox"/> () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL); OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)	
<input checked="" type="checkbox"/> () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL); COM DOCUMENTOS QUE COMPROVAM OS BAGDOS BANCÁRIOS, FAIS COMO CÓPIA DE OOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)	
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE	
<input checked="" type="checkbox"/> () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE () GAL. SE HOUVER, () CERT. NÃO DE NASCIMENTO OU CERTIFICAÇÃO DE CASAMENTO OU CARTA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL); <input checked="" type="checkbox"/> () CPE DOS 31 PRESENTE (LEGAIS); SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL); <input checked="" type="checkbox"/> () COMPROVANT DE RESIDÊNCIA EM NOME DO PRESENTANTE LEGAL; SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL); <input checked="" type="checkbox"/> () DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)	
OBSS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM RE-PRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, POIS SER FAZ MÁE	

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101112551070000010173498>
Número do documento: 2007101112551070000010173498

Num. 10725833 - Pág. 23

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 AST:	CPF da vítima:	Name completo da vítima:		
	567 410 812-91	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:		CPF:		
ANTÔNIO ALVES DA SILVA		567 410 812-91		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
MOTORISTA	QD-5 CASA 23		ANGELIM	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
MATILIO CONAS	TERESINA	PI	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).

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUJO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 | (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ | CONTA: _____ | (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ | CONTA: _____ | (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, cartação 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 atende 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 da pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúva | 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 (vel nascido)? Sim Não | Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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:	Teresina - PI, 21-06-19
Nome:	_____
CPF:	_____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 RISCO, 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.

14/06/2018

