



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCRT.20.00314496-8** em **17/09/2020 09:05:57**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Crato  
**Processo** : 0009234-81.2019.8.06.0071  
**Protocolo** : WCRT.20.00314496-8  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Acidente de Trânsito  
**Data/Hora** : 17/09/2020 09:05:57

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>> [Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

**Petição\*** : 2751964\_CONTESTACAO\_01 - 1-9.pdf  
**Documentação** : 2751964\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-9.pdf  
**Documentação** : 2751964\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 10-18.pdf  
**Documentação** : 2751964\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 19-25.pdf  
**Documentação** : 2751964\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 26-29.pdf  
**Documentação** : 2751964\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 30-36.pdf  
**Documentação** : 2751964\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 37-43.pdf  
**Documentação** : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-2.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 3-4.pdf  
**Documentação** : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf  
**Documentação** : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf  
**Documentação** : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf  
**Documentação** : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : [Realizar download dos documentos da petição](#)  
**Recibo** : [Realizar download do recibo](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRATO/CE

Processo: 00092348120198060071

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **02/10/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

### **PRELIMINARMENTE**

### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

---

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

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

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

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

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

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

---

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

<sup>5</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

## DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

## DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>

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

## DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

---

<sup>6</sup>“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>7</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>8</sup> art.

1º

(...)

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

## CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CRATO, 16 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/CE 27954-A**

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**  
**14752 - OAB/CE**

### QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **TABELA DE GRADAÇÃO**

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

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **CRATO**, nos autos do Processo nº 00092348120198060071.

Rio de Janeiro, 16 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

---

**Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190566771**

**Vítima: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**

**Data do Acidente: 01/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190566771

Vítima: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **684**

Conta: **0000075221-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 614.635.163.63 4 - Nome completo da vítima: HIRAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

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

5 - Nome completo: HIRAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO 6 - CPF: 614.635.163.63  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA BENEDITO JOSE TELES 9 - Número: 80 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SANTA FE 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63139500  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (083) 94560116

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 75222 7 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velhas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO - CE 22-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 11527 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **02/10/2019 11:16:11**  
Data / Hora da Ocorrência: **01/07/2019 16:15:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV PADRE CÍCERO, SÃO JOSÉ - JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO ATACADÃO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**  
Nascimento: **16/11/1999** CPF: **614.635.163-63**  
RG: **20089675457** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA DAS DORES DA SILVA**  
**THIAGO BEZERRA PINHEIRO**  
Endereço: **RUA BENEDITO JOSÉ TELES, 60**  
Bairro: **DISTRITO SANTA FÉ**  
Município: **CRATO/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98142-6509**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NQX6116** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:  
**9C2JC30708R740284** Renavam: **252407695** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:  
**2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**  
Proprietário: **MARIA DAS DORES DA SILVA** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

**Histórico**

Advertido das penalidades previstas para os arts. 229, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia que na data do fato era devidamente HABILITADO, categoria AB e que no dia, local e hora acima citados, trafegava como piloto da moto acima descrita, quando um indivíduo que trafegava em um veículo Toyota Corolla, ingressou na via preferencial, indevidamente, motivo pelo qual acabou se chocando contra a traseira do automóvel, em seguida, caindo ao solo. Não conseguiu identificar o nome do motorista, nem a placa do Corolla, pois, apesar de o condutor ter parada e acionado SAMU, em seguida foi embora, sem deixar seus contatos pessoais; QUE instantes depois foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, levado para a Unidade de Pronto Atendimento desta cidade de Juazeiro do Norte e, de lá, foi transferido para o Hospital São Raimundo, na cidade do Crato; QUE em virtude do sinistro sofreu as lesões descritas nos documentos médicos que apresenta, cujas cópias seguem em anexo. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

*Hiago Alberto da Silva Pinheiro*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE  
Impresso nº 2019698772



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 11527 / 2019**

**GLEDSON LIMA BEZERRA - MAT.: 134679-1-9**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Alvaro Alberto da Silva Amaro

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 614.635.163.63 4 - Nome completo da vítima: HIRAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

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

5 - Nome completo: HIRAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO 6 - CPF: 614.635.163.63  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA BENEDITO JOSE TELES 9 - Número: 80 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SANTA FE 12 - Cidade: CRATO 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63139500  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (083) 94560116

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0684 CONTA: 75222 7 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velhas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CRATO - CE 22-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*



SAMU  
192

### CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou a atendimento pré hospitalar ao Sr. **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**, portador do RG n.º 2008967545-7, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 614.635.163-63, no dia 01/07/2019, às 16h44, Município de Juazeiro do Norte-CE, na Avenida Padre Cícero, Bairro São José, próximo ao Atacadão, vítima de acidente de trânsito, colisão entre ~~carro~~ e motocicleta, sendo removido para UPA de Juazeiro do Norte. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 19 de agosto de 2019.

  
Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

  
Marco Antonio Bezerra Rulim  
192 Base Juazeiro do Norte

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 000000075221-7

---

Nr. da Autenticação 91DC9B37528E714A



**Ficha de Atendimento**

Data: 01/07/2019  
Hora: 17:25

Data de Saída:  
Hora de Saída:

**Paciente**

Nome: 192374 HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Responsável: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Mãe: THIAGO DEZERRA PINHEIRO  
Endereço: RUA BENEDITO JOSE TELES, 60, ZONARURAL - JUAZEIRO

Nasc: 16/11/1999 Idade: 19  
Telefone: ( ) Celular: ( )

CEP: 63.079-899 Natural: JUAZEIRO DO

**Documento**

Mat/CNS: Doc. Identidade: 2008967545-7 Guia: Autorização:  
Trabalho: Validade da Carteira: Último Pagto:

**Convênio**

Convênio SUS Cod. de Credenciamento Tipo de Atendimento 2

**Queixas do Paciente**

PACIENTE TRASIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FERIMENTO EM TORAX D.  
REFERI-SE DOR EM PUNHO DA MÃO D

**Observação**

SOL DE RX  
ANALGESIA  
ENC PARA ESPECIALIDADES

**Exame Físico**

CONCIENTE  
ORIENTADO

**Classificação de Risco**

Classificação: LARANJA  
Queixa: VITIMA DE ACIDENTE MOTO CARRO TRAZIDO PELO SAMU

**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 V299

TRAUMA

**Evolução/Anotação de Enfermagem**

Antônio Reinaldo da Silva  
Médico  
CRM 11023

ANTONIO REINALDO DA SILVA  
CRM 11023 / CE

Diretor Médico

**IMEGI**

**UPA 24h**  
E' UNO DEI SERVIZI PIU' AVANZATI

|             |        |        |            |
|-------------|--------|--------|------------|
| Atendimento | 581664 | 169173 | Prescrição |
|-------------|--------|--------|------------|

169173  
Prescription

## Prontuário

192374

DUH-01/07/2019 17:31

## APRAZAMENTO

Page: 1

1 - solution of stearic acid 0.5%, 500ml

## 2 - DIPICINA 16/2ML IV

3 - DEXTROTHALON 4MG/2, 5ML IV

4 - DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM

[illegible]

Cód. Aprazador

ANTONIO FERNALDO DA SILVA

11023 / CE

# ATO DECLARATÓRIO

|                 |                                 |                |                 |
|-----------------|---------------------------------|----------------|-----------------|
| DATA ATEND:     | 01/07/2019                      | NOV ATEND:     | 564868          |
| PACIENTE:       | HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO | SEXO:          | MASCULINO       |
| DATA NASC:      | 16/11/1999                      | IDADE:         | 19              |
| RG:             | 2808967545-7                    | CPE:           | 614.635.163-63  |
| NOME:           | MARIA DAS DORES DA SILVA        | Bairro:        | SANTA FE        |
| ENDEREÇO:       | RUA VICENTE TELES 37 CASA       | CEP:           | 63132070        |
| CIDADE:         | CRATO                           | UF:            | CE              |
| TELEFONE 1:     | 88997534951                     | TELEFONE 2:    |                 |
| PLANO DE SAÚDE: | BPA SUS                         | MATRÍCULA:     | 898002759621458 |
|                 |                                 | TIPO DE ATEND: | CONSULTA        |

PRIORIDADE CLÍNICA: URGÊNCIA MAIOR

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 01/07/2019 21:41  
 Classificador.....: NATALY DE LUCENA CELIAO REIS  
 Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA  
 GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE  
 QUEIXA: DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO  
 ORIGEM: SANTA FÉ  
 TIPO DE CHEGADA: PRONTO ATENDIMENTO  
 ENCAMINHAMENTO: CONSULTÓRIO  
 INÍCIO DO EPISÓDIO: 16:00 HORAS DE HOJE

Término da Classificação: <B045XXXX> 21:44  
 Coren: 551078

## ATENDIMENTO MÉDICO

### ANAMNESE

QUEDA DE MOTO, COM FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO DIR.

RX - FRATURA DO RADIO D.

- TALA AXILO PALMAR EM MSD

INTERNAR PAR PRE-OP E POSTERIOR CIRURGIA ELETIVA

### EXAME FÍSICO

### EXAMES COMPLEMENTARES

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

### CONDIÇÃO

Dr. Narcizo Flores  
 Assinatura: [Assinatura]  
 CRM: 7331  
 Especialidade: Traumatologia

Ass. Paciente / Responsável

Edna  
 31/07/19

Prontuário 51215  
Internação 564869

Impresso 01/07/2019 22:05

DADOS DO PACIENTE

Paciente HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO Nasc. 16/11/1999 Idade 19 Sexo M

Matrícula 898002759621458  
PINHEIR

Responsável HIAGO ALBERTO DA SILVA

Endereço RUA VICENTE TELES 37 CASA  
Cidade CRATO  
Mãe MARIA DAS DORES DA SILVA  
CPF 614.635.163-63  
Natural CRATO  
Profissão AUX. TECNI

Bairro SANTA FE Cep 63132070  
Telefone 88997534951998002915  
Pai THIAGO BEZERRA PINHEIRO  
RG 2008967545-7 CE SSP-CE  
Raça PARDO  
Est. Civil SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico ITALO BRITO ALENCAR ALVES  
Clínica INTERN. CIRURGICA  
or POSTO MASCULINO  
Acomodação AM03  
Leito AM3.05

Data/Hora 01/07/2019 22:02  
Convênio SUS INTERNADOS  
Caráter ELETIVA  
Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA  
Atendente VANESSA

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA -  
Do e edma em  
medo

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ( ) DM ( ) AVC ( ) ALERGIA A DROGAS ( )

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV RCR em 2T

AR MV

ABDOMEN de HA

NEUROLÓGICO along. 15

ECG AO = V RV = RM =

PUPLOS

CONDUTA -

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

maço aringio  
Prót rindo

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 13150025628

TRASNF. P/ MEDICO

ASSINATURA Vonessa

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

Adimintra

05 / 07 / 2019

Maria das Dores da Silva  
Paciente/Responsável

Médico(a): 13476 Italo Brito Alencar Alves  
CRM-CE 13476

**Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes**

**Ficha de Evolução Médica**

PACIENTE HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
CONVÊNIO BPA SUS

LEITO

ATENDIMENTO 564868

MÉDICO NARCIZO DATA/HORA 01/07/2019 22:03

PACIENTE VITIMA DE FRATURA DE RADIO  
INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO ELETIVO  
COND - INTERNAR PARA ANALGESIA E PRÉ-OP

Médico(a): NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES  
CRM:007304-CE

**Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes**

**ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM**

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05

Atend.: 564869

Enfermeiro(a): OLIVEIRA

Data/Hora: 01/07/2019 22:50

NOITE

PACIENTE JOVEM ADMITIDO PARA TRATAMENTO CLINICO POR DRº ITALO, FRATURA RADIO DISTAL DIREITO, EM USO DE TALA GESSADA, O MESMO CHEGOU CONSCIENTE ORIENTADO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, CALMO, COOPERATIVO, REFERE ALGIA NO MOMENTO, REALIZADO ACESSO VENOSO PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, MCPM, COM 04 RX ANEXO AO PRONTUARIO, SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Técnico(a): ELIANE OLIVEIRA DA SILVA DE FREITAS  
COREN:918499-CE

*Eliane*

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
CONVÊNIO SUS INTERNADOS  
12:26

LEITO AM3.05 ATENDIMENTO 564869  
MÉDICO THAISSA DATA/HORA 02/07/2019

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#HD: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

#APP: NEGA

#MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

#ATB: 00

#ADMISSÃO: PACIENTE ADMITIDA NESTA UNIDADE COM HISTÓRIA DE TRAUMA. (ACIDENTE MOTOCICLISTICO MOTOXCARRO)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. ACEITANDO ALIMENTAÇÃO VIA ORAL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEM MAIS INTERCORRÊNCIAS. APRESENTA FLICTEMAS

#EXAME FÍSICO: ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO  
AR: MV + EM AHT, SEM RA  
ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF  
ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RHA +  
EXT: PULSOS + EM MID, SEM EDEMA

# EXAMES: SOLICITADOS

#CONDUTA: AGUARDA CIRURGIA  
SOLICITO EXAMES E ECG

  
MÉDICA  
CREMEC: 16.106

Médico(a): THAISSA LAVINEA FERNANDES DE ALMEIDA LOPES  
CRM:16106-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05

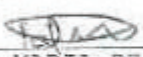
Atend.: 564869

Enfermeiro(a): FATIMA

Data/Hora: 02/07/2019 19:45

NOITE:

PACIENTE EM TRATAMENTO, EVOLUI COM ESTADO GERAL ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, COOPERATIVO, RESPIRA EM AR AMBIENTE E DEAMBULA SEM AUXILIO. SEGUE NORMOTENSO, AFEBRIL E EUPNEICO, SSVV AFERIDOS, MANTEM ACESSO VENOSO PERIFERICO PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA. ATE O MOMENTO NÃO APRESENTA QUEIXAS. MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

  
Tecnico(a): MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA  
COREN:1017421-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
CONVÊNIO SUS INTERNADOS

LEITO AM3.05 ATENDIMENTO 564869  
MÉDICO ITALO DATA/HORA 03/07/2019 05:42

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

#HD: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

#APP: NEGA

#MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

#ATB: 00

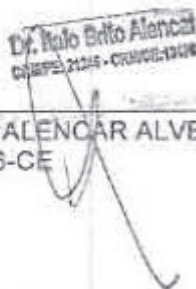
#ADMISSÃO: PACIENTE ADMITIDA NESTA UNIDADE COM HISTÓRIA DE TRAUMA. (ACIDENTE MOTOCICLISTICO MOTOXCARRO)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. ACEITANDO ALIMENTAÇÃO VIA ORAL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEM MAIS INTERCORRÊNCIAS. APRESENTA FLICTEMAS

#EXAME FÍSICO: ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO  
AR: MV + EM AHT, SEM RA  
ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF  
ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RHA +  
EXT: PULSOS + EM MID, SEM EDEMA

# EXAMES: SOLICITADOS

#CONDUTA: AGUARDA CIRURGIA  
SOLICITO EXAMES E ECG

  
Dr. Italo Brito Alencar  
CRM: 13476-CE

Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES  
CRM:13476-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05      Atend.: 564869  
Enfermeiro(a): CAROLINA

Data/Hora: 03/07/2019 22:58

NOITE

CLIENTE COM FRATURA EM TRATAMENTO CLINICO COM DR.ITALO.  
EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, COOPERATIVO, ATIVO, NORMOTENSO,  
AFEBRIL, EM AR AMBIENTE, DIURESE ESPONTANEA, NEGA QUEIXA, MANTEM AVF  
PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, FOI MEDICADO, SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS  
DA ENFERMAGEM.

  
Técnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO  
COREN:1169836-CE

**Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes**

**Ficha de Evolução Médica**

PACIENTE HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
CONVÊNIO SUS INTERNADOS

LEITO AM3.05

ATENDIMENTO 564869

MÉDICO ITALO DATA/HORA 04/07/2019 05:54

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

#HD: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

#APP: NEGA

#MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

#ATB: 00

#ADMISSÃO: PACIENTE ADMITIDA NESTA UNIDADE COM HISTÓRIA DE TRAUMA. (ACIDENTE MOTOCICLISTICO MOTOXCARRO)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. ACEITANDO ALIMENTAÇÃO VIA ORAL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEM MAIS INTERCORRÊNCIAS. APRESENTA FLICTEMAS

#EXAME FÍSICO: ORIENTADO, EUPNEÍCO, NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO

AR: MV + EM AHT, SEM RA

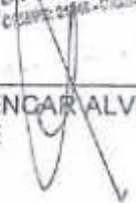
ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, BNF

ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RHA +

EXT: PULSOS + EM MID, SEM EDEMA

# EXAMES: NORMAIS.

#CONDUTA: AGUARDA CIRURGIA

  
Dr. Italo Brito Alencar Alves  
CRM: 13476-CE

Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES  
CRM:13476-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05

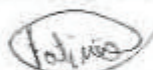
Atend.: 564869

Enfermeiro(a): FATIMA

Data/Hora: 04/07/2019 19:40

NOITE:

PACIENTE EM TRATAMENTO EVOLUI, COOPERATIVO, ORIENTADO, ESTADO GERAL ESTAVEL, SSVV, ATE O MOMENTO MANTEM ACESSO VENOSO PERIFERICO, PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, MCPM, EXAMES ANEXOS, SEM FEBRE, SEM INTERCORRENCIAS NO MOMENTO, AGUARDA DATA, SEGUE NO LEITO SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.



Tecnico(a): MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA  
COREN:1017421-CE

HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Prontuario: 51215

Leito: AM3.05

Atendimento: 564869

Enfermeiro(a): MICHELLE

Data/Hora: 05/07/2019 00:30

ALTA ADMINISTRATIVA

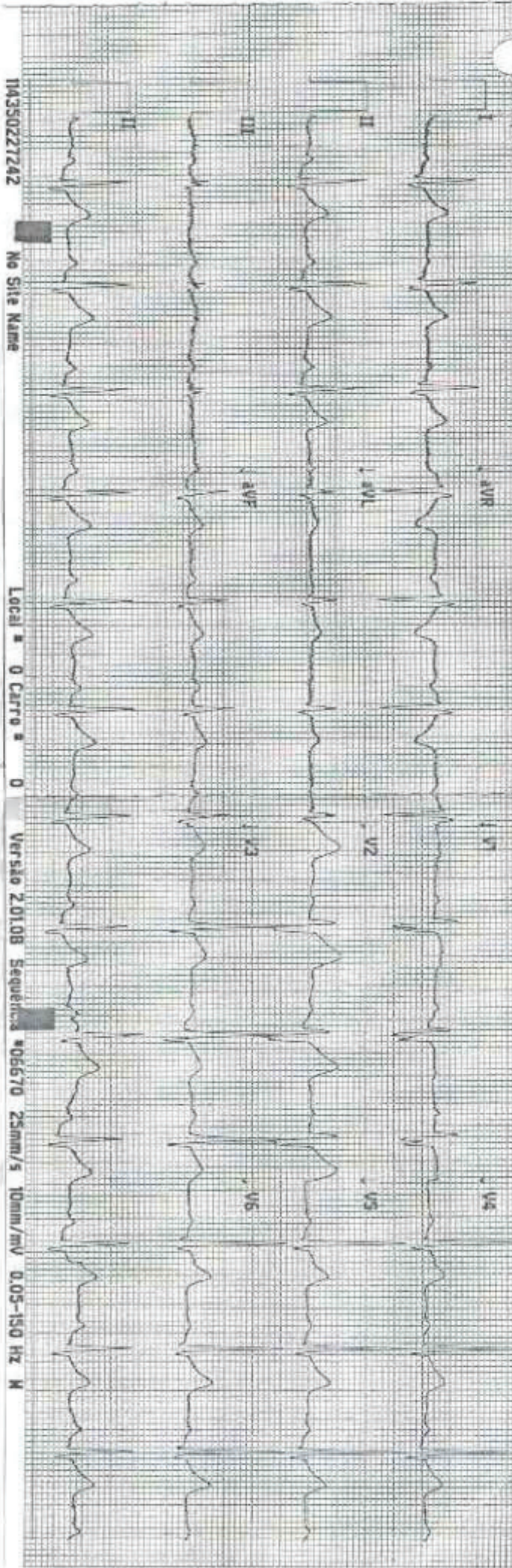
Anotações de Enfermagem

Enfermeiro(a): IRIS MICHELLE DE FREITAS SANFAGO  
COREN: 234202-CE

MASSO ALBERTO DA SILVA  
ID: \_\_\_\_\_  
Data NASC: 16-Nov-1959  
Iguape, Mato

2-JUL-2019 13:55:16 Freq Vent: 80 bpm  
Eixo P-R-T: 57° 44° 42° Intervalo PR: 172ms  
Dur QRS: 103ms QT/QTc: 365/460ms  
RR Médio: 743ms QTcF: 402ms

2-JUL-2019 13:55:16



IMA50227242

No Site Name

Local = 0

Carro = 0

Versão 2.01.08 Sequência

906670 25mm/s 10mm/mV 0.05-150 Hz M

# RELATÓRIO

Nome: Masso Alberto da Silva

Identidade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Idade: 59 anos

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Solicitação: \_\_\_\_\_

Data: 02/07/2019

Conclusão:

Dist. cardíaco em leve D

Dr. Milton Benigno Ribeiro Junior  
CARDIOLOGISTA  
CRM 434 - CRM 102.700.223-10

Médico/Cardiologista: \_\_\_\_\_

Paciente..... **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**  
Médico..... **THAISSA FERNANDES DE A. LOPES**  
Data Nasc..... **16/11/1999**  
Data da Coleta..... **03/07/2019**

Pedido..... **010038150**  
Origem..... **HSR**  
Convênio..... **HSR - HN**  
Acomodação,.. **A/M 3-5**

## Hemograma Completo

Material biológico: Sangue Total/EDTA

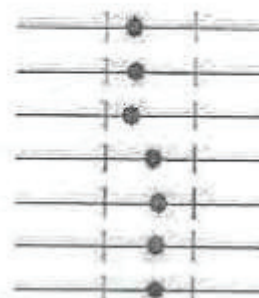
### ERITROGRAMA

Hemácias..... 4,76 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina..... 14,70 g/dL  
Hematócrito..... 43,30 %  
Volume corpuscular médio (VCM)..... 91 fL  
Hemoglobina corp. média (HCM)..... 31 pg  
Hc. hemog. corp. média (CHCM)..... 34 g/dL  
RDW..... 13,20 %

### Valores Referenciais

5,0 ± 0,5 milhões/mm<sup>3</sup>  
15,0 ± 2,0 g/dL  
45 ± 5 %  
92 ± 9 fL  
29,5 ± 2,5 pg  
33 ± 1,5 g/dL  
12,8 ± 1,2 %

Método: Automatiza



### LEUCOGRAMA

Leucócitos..... 7.400 /mm<sup>3</sup>

7.000 ± 3.000 /mm<sup>3</sup>



Blastos..... 0 %  
Promielócitos..... 0 %  
Mielócitos..... 0 %  
Metamielócitos..... 0 %  
Bastonetes..... 0 %  
Segmentados..... 53 %  
Linfócitos..... 33 %  
Eosinófilos..... 1 %  
Monócitos..... 13 %  
Basófilos..... 0 %

74 %

74 %

74 %



Plaquetas..... 184.000 /mm<sup>3</sup>

150.000 a 400.000 /mm<sup>3</sup>



Observações..... Hemácias normocíticas e normocrômicas.  
Plaquetas Morfológicamente Normais.

Liberado por: Vanessa Lima

Assinado Eletronicamente por Vanessa Lima CRBM 9800 008651010038150P0120190703103935441

Thaysa Soares

Thaysa Soares  
Biomédica CRBM 3531

Vanessa Lima

Vanessa Lima  
Biomédica CRBM 9800

Carolina Thalma

Carolina Thalma  
Biomédica CRBM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente..... HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Médico..... THAISSA FERNANDES DE A. LOPES  
Data Nasc..... 16/11/1999  
Data da Coleta..... 03/07/2019

Pedido..... 010038150  
Origem..... HSR  
Convênio..... HSR - HN  
Acomodação... A/M 3-5

## Coagulograma

Material biológico: Plasma Citratado

Método: Fibrometria/ automatizado, Diversos

### Valores de Referência

Tempo de Tromboplastina Parcial - TTPA... 26,9 seg  
Tempo de Protombina - TP..... 15,0 seg  
RNI..... 1,24  
Percentagem..... 71 %

25s a 40

10 a 1

Liberado por: Caroline Thalita

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 6248 : 006651010038150PD120190703103936441

*Thays Sanchez*

Thays Sanchez  
Biomédica CRBM 3531

*Vanessa Lima*

Vanessa Lima  
Biomédica CRBM 9800

*Caroline Thalita*

Caroline Thalita  
Biomédica CRBM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente..... **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**  
Médico..... **THAISSA FERNANDES DE A. LOPES**  
Data Nasc..... **16/11/1999**  
Data da Coleta..... **03/07/2019**

Pedido..... **010038150**  
Origem..... **HSR**  
Convênio..... **HSR - HN**  
Acomodação... **A/M 3-5**

## Glicose

Material biológico: Soro  
Método: Enzimático / automatizado

Resultado..... **83 mg/dL**

**Valor de Referência**  
Adulto : 65 a 99 mg/dL

Liberado por: Caroline Thalita

## Uréia

Material biológico: Soro  
Método: Enzimático / automatizado

Resultado..... **39 mg/dL**

**Valor de Referência**  
10,0 a 40,0 mg/dL

Liberado por: Caroline Thalita

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 8248 008651010038150P0120190703103936441

Thays Sanches  
Biomédica CRBM 3531

Vanessa Lima  
Biomédica CRBM 3920

Caroline Thalita  
Biomédica CRBM 8248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente..... **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**  
Médico..... **THAISSA FERNANDES DE A. LOPES**  
Data Nasc..... **16/11/1999**  
Data da Coleta..... **03/07/2019**

Pedido..... **010038150**  
Origem..... **HSR**  
Convênio..... **HSR - HN**  
Acomodação... **A/M 3-5**

## Creatinina

Material biológico: Soro

Resultado..... **1,01 mg/dL**

Método: Cinético/ automatizado

### Valor de Referência

Homem: 0,70 a 1,30 mg/dL  
Mulher: 0,60 a 1,20 mg/dL  
Recém-nascido (premature): 0,30 a 1,08 mg/dL  
Recém-nascido (a termo): 0,24 a 0,88 mg/dL  
Criança de 2 a 11 meses: 0,17 a 0,43 mg/dL  
Criança de 1 a 2 anos: 0,24 a 0,42 mg/dL  
Criança de 3 a 4 anos: 0,32 a 0,49 mg/dL  
Criança de 5 a 6 anos: 0,33 a 0,61 mg/dL  
Criança de 7 a 8 anos: 0,41 a 0,62 mg/dL  
Criança de 9 a 10 anos: 0,40 a 0,76 mg/dL  
Adolescente de 11 a 12 anos: 0,55 a 0,82 mg/dL  
Adolescente de 13 a 15 anos: 0,59 a 0,90 mg/dL

Liberado por: Carolina Thalita

### Estimativa do Ritmo de Filtração Glomerular (eRFG)

Resultado de eRFG Para Adulto Negro..... **122,38 mL/min/1,73m<sup>2</sup>**  
Resultado de eRFG Para Adulto Não Negro..... **101,14 mL/min/1,73m<sup>2</sup>**

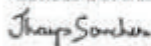
### Valor de Referência

Adultos (negros e não negros) maiores de 18 anos: superior a 90 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

#### NOTA:

- Valores acima de 90mL/min/1,73m<sup>2</sup> são liberados como superior a 90mL/min/1,73m<sup>2</sup>.
- Após os 40 anos de idade, espera-se uma redução de cerca de 1mL/min do Ritmo de Filtração Glomerular (RFG) por ano.
- A estimativa do RFG não deve ser utilizada em indivíduos hospitalizados com concentrações de creatinina instáveis, principalmente pacientes com insuficiência Renal Aguda.
- O uso da estimativa de RFG também não é recomendado em indivíduos com dietas vegetarianas ou que fazem uso de suplementos de creatina, em extremos de massa muscular (amputados, paraplegicos, desnutridos, fisiculturistas), e em gestantes.
- Fonte da Fórmula CKD-EPI: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med 150:604-612,2009.

Assinado Eletronicamente por Carolina Thalita CRBM 6248 008851010038150P0120190703103936441

  
Thays Sanches

Biomédica CRBM 3531

  
Vanessa Lima

Biomédica CRBM 9800

  
Carolina Thalita

Biomédica CRBM 6248

Prontuário 51215  
Internação 565510

Impresso 05/07/2019 02:02

DADOS DO PACIENTE

Paciente HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO Nasc. 16/11/1999 Idade 19 Sexo M

Matrícula 898002759621458  
PINHEIR

Responsável HIAGO ALBERTO DA SILVA

Endereço RUA VICENTE TELES 37 CASA  
Cidade CRATO  
Mãe MARIA DAS DORES DA SILVA  
CPF 614.635.163-63  
Natural CRATO  
Profissão AUX. TECNI

Bairro SANTA FE Cep. 63132070  
Telefone 88997534951998002915  
Pai THIAGO BEZERRA PINHEIRO  
RG 2008967545-7 CE SSP-CE  
Raça PARDO  
Est. Civil SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO  
Clínica INTERN. CIRURGICA  
Posto POSTO MASCULINO  
Acomodação AM03  
Leito AM3.05

Data/Hora 05/07/2019 01:57  
Convênio SUS INTERNADOS  
Caráter ELETIVA  
Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA  
Atendente NASCIMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA -  
Paciente com fratura no  
antebraço internado para trata-  
mento cirúrgico

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ( ) DM ( ) AVC ( ) ALERGIA A DROGAS ( )

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV

AP

ABDOMEN

NEUROLÓGICO

ECG AO = RV = RM =

PUPLOS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA -

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO -

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 23250025679

TRANSF. P/ MÉDICO

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

ASSINATURA Anderson 05/07/19

curada  
06/07/19

Dr. Francisco Petronio Sampaio  
Traumatologia-Ortopedia  
CRM-CE 5943

Paciente/Responsável

Médico(a): 005943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO



## RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

Revisão de este  
anestésico feito,

Abertura abdominal  
a pontos de serra C, m, f, e b  
- Imersão em óleo do abdome

Redução Redução do fúculo no  
sem fixação com placa e parafusos  
- Sutura por plasma amoníaco  
até a pele  
- Curativo

Data

Cirurgião

D<sup>o</sup> Francisco Roberto Santos  
Traumato-Ortopedia  
CRM-CP-5594

Ass. e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

## ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Data

Ass. e Carimbo do Anestesiologista

Relatar causas que justifiquem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

Ass. e Carimbo do Anestesiologista - CRM



FICHA GASTO SALA  
CENTRO CIRÚRGICO

DESCARTÁVEIS

|                                             |              |        |                      |                       |        |                            |     |        |              |
|---------------------------------------------|--------------|--------|----------------------|-----------------------|--------|----------------------------|-----|--------|--------------|
| Nome: <b>MAIO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO</b> |              |        |                      | Ent:                  |        |                            |     |        |              |
| Lote:                                       |              |        |                      | Data: <b>29/04/14</b> |        |                            |     |        |              |
| DESCRIÇÃO                                   | TAM          | QUANT. | DESCRIÇÃO            | TAM                   | QUANT. | DESCRIÇÃO                  | TAM | QUANT. | Responsável: |
| ABOCATH                                     | 20           | 01     | LUIVA ESTERIL        | 8.0/2.5.              | 02/03  | GAZE ESTERIL 7,5X7,5       |     | 01     |              |
| AGULHA DESCART.                             | 40x14/25x18. | 04/03  | LUIVA PROCEDIMENTO   | m                     | 06     | LAMINA BISTURI             | 24  | 01     |              |
| ATADURA CREPOM                              |              |        | MONITOR CARDIACO     |                       | OK     | SONDA FOLEY                |     |        |              |
| ATADURA GESSADA                             |              |        | OXIMETRO DE PULSO    |                       | OK     | SONDA URETRAL              |     |        |              |
| ALGODÃO ORTOPEDICO                          |              |        | ASPIRADOR            |                       |        | SONDA NASOG.               |     |        |              |
| ALCIL IODADO                                | 30x14        |        | BISTURI ELETRICO     |                       |        | SERINGA DESCART. 3 ML      |     | 01     |              |
| CATER INTRACATH                             |              |        | POVIDINE DEGERMANTE  |                       | 30x14  | SERINGA DESCART. 5 ML      |     | 02     |              |
| CATER DE OXIGÊNIO                           | 01           |        | POVIDINE TÓPICO      |                       |        | SERINGA DESCART. 10 ML     |     | 03     |              |
| COLETOR DE URINA                            |              |        | PROTOX DE NITROGÊNIO |                       |        | SERINGA DESCART. 20 ML     |     | 01     |              |
| DRENO PENROSE                               |              |        | OXIGÊNIO 02          |                       | 25 ML  | POLIFIX 2 VIAS             |     | 01     |              |
| DRENO TORAX                                 |              |        | Co2                  |                       |        | PRO-PES                    |     | 01     |              |
| DRENO DE SUÇÃO                              |              |        | FIO MONONYLON        | 3-0                   | 01     | TOUCA                      |     | 01     |              |
| DRENO "T"                                   |              |        | FIO ALGODÃO          |                       |        | MASCARA DESCART.           |     | 01     |              |
| EQUIPO HEMOTRANS                            |              |        | FIO CATGUT SOMPLES   |                       |        | ESCOVA DESCART.            |     | 01     |              |
| ELETRODOS P/E.C.G                           | 05           |        | FIO ETHIBOND         |                       |        | TUBO ENDOTRAQUEAL          |     |        |              |
| EQUIPO COMUM                                | 01           |        | FIO CAT. CROMADO     | 0-0                   | 01     | CAPA P/ VIDEO LAPAROSCOPIO |     |        |              |
| EQUIPO P/BOMBAS DE INF.                     |              |        | FIO VICRYL           |                       |        | ALCOOL 1000 ML             |     | 01     |              |
| ESPARADRAPO MICROP.                         |              |        | FIO SEDA             |                       |        | AGULHA STIMUPLEX "A" 50    |     |        |              |
| ESPARADRAPO 10X4,5 CM                       | 20x14        |        | FIO PROLENE          |                       |        | AGULHA ESPINAL             |     |        |              |
| FIO STEIMNAM                                |              |        | FIO CAPROFYL         |                       |        |                            |     |        |              |
| FIO KIRSCHNER                               |              |        | FIO ACIFLEX          |                       |        |                            |     |        |              |
| FIO DE AÇO P/ CERCLAGEM                     |              |        |                      |                       |        |                            |     |        |              |



HOSPITAL  
**São Raimundo**  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

FUNDACÃO LEANDRO BEZERRA

FICHA CASTO SALA  
CENTRO CIRÚRGICO

CENTRO CIRÚRGICO

M E D I C A M E N T O S

| MEDICAMENTOS           | QUANTIDADE |                             | QUANTIDADE |                             | QUANTIDADE | RESPONSÁVEL |
|------------------------|------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|------------|-------------|
| ADRENALINA 1 MG AMP.   |            | FUROSEMIDA 10 MG AMP.       |            | XILESTESIN 5% PESADA AMP.   |            |             |
| AGUA BI DESTILADA AMP. |            | NARCAN 0,4MG AMP.           |            | FLUMAZENIL 0,1 MG/5 ML AMP. |            |             |
| SULF. ATROPINA AMP.    | 05.        | PROSTIGMINE 0,5MG AMP.      |            | ETHOMIDATO AMP.             |            |             |
| BICARB. SODIO AMP.     |            | QUELICIN 100 MG AMP.        |            | CLONIDINA AMP.              |            |             |
| CONC. DE HEMACIA       |            | RAIO-X                      |            | BROMOPRIDA 10 MG AMP.       |            |             |
| CEFALOTINA 1 G AMP.    |            | SOL. RINGER C/ LACTADO      | 500        | ARAMIN 10 MG AMP.           |            |             |
| DORMIRE 5 MG AMP.      |            | HIDROCORTISONA AMP          |            | DOPAMINA 5 MG AMP.          |            |             |
| DIAZEPAN 10 MG AMP.    |            | SORO FISIOLÓGICO            | 10000      | NOREPINEFRINA AMP.          |            |             |
| DOLANTINA 50 MG AMP.   |            | SORO GLICOSADO 500 ML       |            | TRIDIL 5MG AMP.             |            |             |
| DECADRON 4 MG AMP.     | 02         | TENOXICAN 20 MG AMP.        | 01         | NEOCAINA ISOBARICA          |            |             |
| METOCLOPRAMIDA AMP.    |            | DIPIRONA 500 MG AMP.        | 02         | KETALAR AMP.                |            |             |
| EFORTIL 10 MG AMP.     |            | XYLESTESIN 2 % C/ VASO AMP. | 02         | ISOFLURANO ML               |            |             |
| FENTALLA 50 MG AMP.    |            | XYLESTESIN 2 % S/ VASO AMP. |            | HEM/ACEL 500 ML             |            |             |
| NAUSEDRON 4 MG AMP.    | 01         | XILESTESIN GELEIA 20 MG/G   |            | ATRACURIO 10 MG/2,5ML AMP.  |            |             |
| GLIC. CALCIO 10% ML    |            | NEOCAINA 0,5% PESADA AMP.   |            | HALOTANO ML                 |            |             |
| GLIC. CALCIO 50% ML    |            | DIMORF 0,2 MG 1 ML AMP.     |            | PROPOFOL 0,1% AMP.          |            |             |
| HEPARINA FR.           |            | NOVABUP                     |            |                             |            |             |
| PETROCOLINA            | 0263       |                             |            |                             |            |             |

| DATA                                                      | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM                                                             | T | P  | R   | PA   | HGT | ORAL | SNG | DIURESE | DRENO SONTA |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---|----|-----|------|-----|------|-----|---------|-------------|
| 05/                                                       | Paciente foi admitido no                                                           |   | 84 | 93% | 60.7 |     |      |     |         |             |
| 10/                                                       | Setor de TTE. Com DR:                                                              |   |    |     | 69   |     |      |     |         |             |
| 19                                                        | Petronô e a anestesia de                                                           |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | MANUEL AS 09:50HS E NA SAA                                                         |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | OL AS 09:55HS, O REFERIDO CI-                                                      |   | 74 | 95% | 60.7 |     |      |     |         |             |
|                                                           | ENTE ENCONTRA-SE COM RA-                                                           |   |    |     | 65   |     |      |     |         |             |
|                                                           | DAIRA DE ANTERIORÇÃO MSD E                                                         |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO Q                                                         |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | UETO, O PROCEDIMENTO DE                                                            |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | RE INICIA AS 10:05HS Q/O                                                           |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | MESMO EM MONITORIAÇÃO COM                                                          |   |    |     | 68   |     |      |     |         |             |
|                                                           | OXÍMETRO DE PULSO E O2, FOI                                                        |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | REALIZADO A REVERÊNCIA DOS                                                         |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | SVV DURANTE TODO O REO-                                                            |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | CEPIMENTO QUE TEVE O                                                               |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | TERMINO AS 10:30HS E LOGO                                                          |   |    |     | 69   |     |      |     |         |             |
|                                                           | APÓS A CONCEÇÃO DE VA-                                                             |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | RIAS CURATIVO O MESMO FOI                                                          |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | ENCAMINHADO AO SETOR DE                                                            |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | ORIENTA.                                                                           |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           |  |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
|                                                           | 226958                                                                             |   |    |     |      |     |      |     |         |             |
| EXAMES REALIZADOS: RX ( ) ECG ( ) USG ( ) TC ( ) LAB. ( ) |                                                                                    |   |    |     |      |     |      |     |         |             |

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

PACIENTE HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
CONVÊNIO SUS INTERNADOS

LEITO AM3.05

ATENDIMENTO 565510

MÉDICO PETRONIO DATA/HORA 05/07/2019 10:58

PACIENTE OPERADO, PASSA BEM NO P.O.I DE FRATURA NO ANTEBRAÇO.

*Francisco Petronio Sampaio*  
Sampaio, Ortopedista  
CRM-CE 5943

Médico(a): FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO  
CRM:005943-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05

Atend.: 565510

Enfermeiro(a): FATIMA

Data/Hora: 05/07/2019 02:02

NOITE:

PACIENTE ADMITIDO NESSE SETOR COM FRATURA DE RADIO DISTAL "D" PARA TRATAMENTO CIRURGICO, EXAMES ANEXOS, EM USO DE TALA GESSADA, ORIENTADO, CALMO, ESTADO GERAL ESTAVEL E SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Técnico(a): *Fatima* MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA  
COREN:1017421-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.05 Atend.: 565510

Enfermeiro(a): JOSILENE

Data/Hora: 05/07/2019 08:00

MANHA

PACIENTE EM TRATAMENTO COM DR. PETRONIO .FOI ENCAMINHADO AO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO.FRATURA EM RADIO DISTAL DIREITO .RETORNANDO PARA ALA CIRURGICA. SOB EFEITO ANESTESICO.SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

*Josilene*  
Tecnico(a): MARIA JOSILENE PEREIRA DO NASCIMENTO  
COREN:661345-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AC09.6

Atend.: 565510

Enfermeiro(a): SOLANGE

Data/Hora: 05/07/2019 10:00

ANHÃ:

PACIENTE ADULTO COM 19 ANOS DE IDADE, ADMITIDO NESTE SETOR PARA PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM DR.PETRONIO, ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, RESPIRANDO AR AMBIENTE, VERBALIZANDO AS SUAS NECESSIDADES, SEM QUEIXAS NO PERÍODO, EM DIETA ZERO, SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS COM O MESMO, NEGA SER ALÉRGICO À QUALQUER MEDICAÇÃO, NEGA HIPERTENSÃO E DIABETES.SEGUE EM REPOUSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

*Solange*  
Solange Matias da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN:1125455

Tecnico(a): SOLANGE MATIAS DA SILVA  
COREN:1125455-CE

# PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA) HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição:14023

I. "Ci"

Paciente: **HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO**  
Data Solic.:06/07/2019 12:07:09  
Data Pr Ini:06/07/2019 12H  
Data Atend.:05/07/2019 01:57:00

Sexo: **MASCULINO**  
Convênio: **SUS INTERNADOS**  
Data Pr Enc:07/07/2019 12H  
Atendimento:563510(E)  
De Nasc: 16/11/1999 19A 7M 20D  
Prescrição: 140235  
Teitu: **AC09.6**

**Dieta**  
Item Código Descrição  
001 00000603 DIETA LIVRE  
ALTA -

Via Frequência Qtde Total  
24/24 1

Dr. Diego Teixeira Brito  
Otorrinolaringologista / Translacionalista  
Cirurgia de Canto e Cotoes  
CRM-CE 19787 TEOT 15440

Ass. Prestador:

**DIEGO TEIXEIRA BRITO (CRM 19167)**  
Impresso em 06/07/2019 12:07:26 pelo Usuário DIEGO

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AC09.6

Atend.: 565510

Enfermeiro(a): ERICA

Data/Hora: 06/07/19 11:00

MANHÃ

PACIENTE ADULTO EM TRATAMENTO COM DR. PETRÔNIO.

\* RECEBEU ALTA HOSPITALAR.

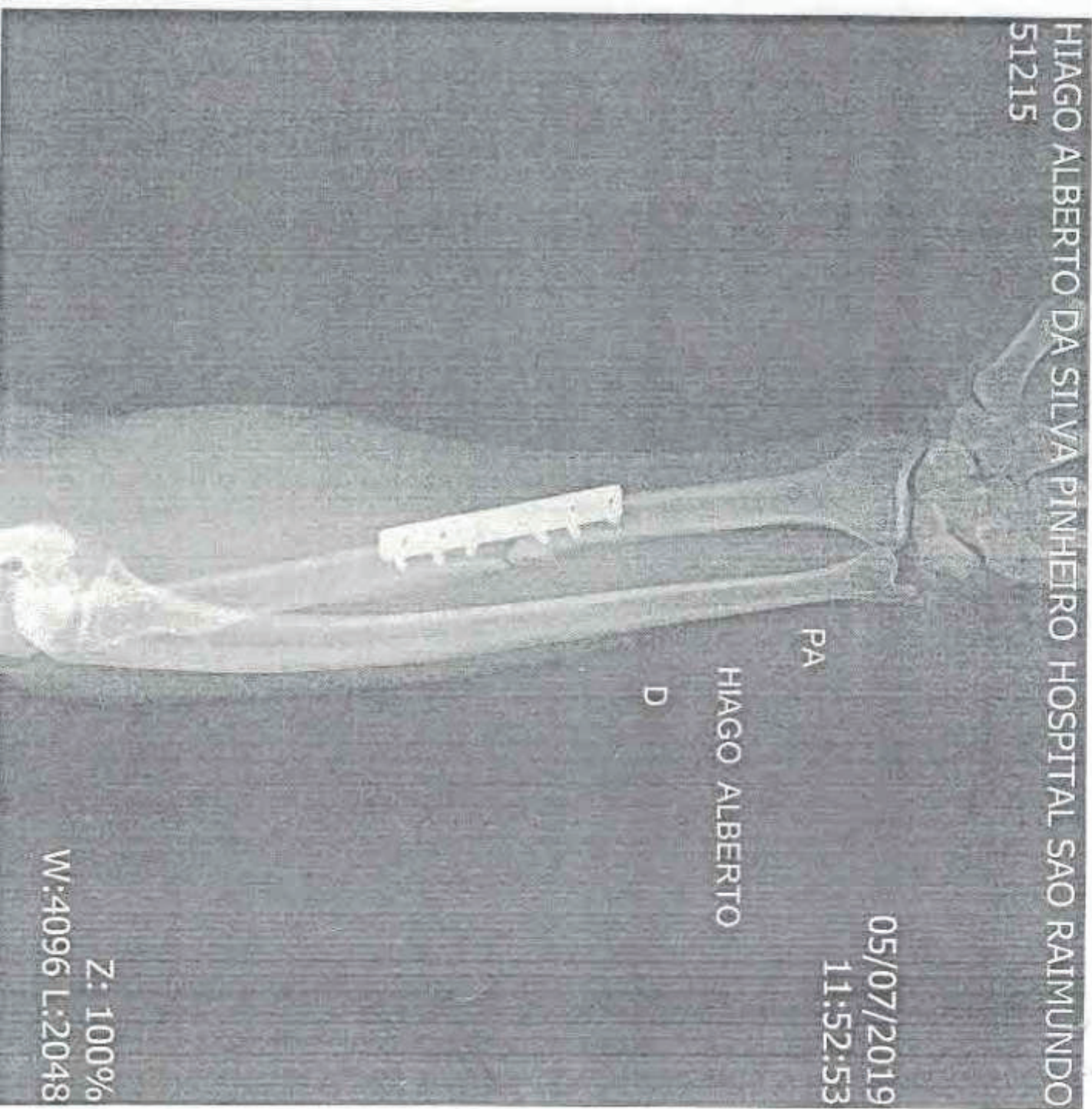
\*RETIRADO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO.

Técnico(a): ERICA MACHADO DA SILVA  
COREN:1286197-CE

*Erica*

Erica Machado da Silva  
Técnica em Enfermagem  
COREN-CE 001286.197

HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
51215



PA

HIAGO ALBERTO

D

05/07/2019  
11:52:53

Z: 100%  
W:4096 L:2048

HIAGO ALBERTO DA SILVA PINHEIRO HOSPITAL SAO RAIMUNDO  
51215

HIAGO ALBERTO

D

05/07/2019  
11:54:22

LATERAL

Z: 100%  
W: 4096 L: 2048





01 07 2019

09V C1M0E1K00

01 03 50 18





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013547585430

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA 01/11/2017  
CÓD. RENAVAM 000000000000  
EXERCÍCIO 2017

MARIA DA FLORENTINA SILVA

CRATO/CE

65165896315

PLACA/NT/UF

9C2JC30708R740284

ESPECIE/TIPO

GASOLINA

PAS/MOTOCICLO/NAO AFLEC.

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN

2E/0CV/124CC

CATEGORIA

PARTIC

COPIA ÚNICA

VENEC. COPIA ÚNICA

PARCELAMENTO/CONTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

0.70

PRÊMIO TOTAL (R\$)

185.50

DATA DE PAGAMENTO

07/07/2017

DATA 01/11/2017

LOCAL 19A

IGOR FORTES

CRATO

CE Nº 013547585430 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
65165896315 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO GERAL 16  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradorallider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 01/11/2017

01 65165896315

RENAVAM

252407695

05

2808

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN

9C2JC30708R740284

PLACA

NOX6116

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$)

9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0.70

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

185.50

DATA DE DATAÇÃO

07/07/2017

PAGAMENTO

PARCELADO

QUOTA ÚNICA

PROPRIETÁRIO

LOTE/SEGURADOR ALLIDER/DPVAT

MOTOR: JC30E107400696/0001-04

JUN-2017

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190566771 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HIAGO ALBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
PINHEIRO

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

**Data da análise:** 10/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FERIMENTO EM TÓRAX  
FRATURA DA DIÁFISE DO RADIO DIREITO. PG 27

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

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR  
DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros superiores | 70 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total                                                    |                                                 |                                                               | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |