



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOAO DO PIAUI/PI**

**Processo:** 08002720520198180135

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente a lesão ocorrida em 17/02/2014, paga no valor de R\$ 7.087,50, para que surta os seus legais efeitos, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa neste processo e pela lesão anterior.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SAO JOAO DO PIAUI, 22 de maio de 2019.

**EDNAN SOARES COUTINHO  
1841 - OAB/PI**



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2014

Carta nº: 4535815

A/C: JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

**Sinistro:** 2014335480  
**Vitima:** josivaldo de castro ribeiro  
**Data Acidente:** 17/02/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado:** josivaldo de castro ribeiro

**Valor:** R\$ 7.087,50

**Banco:** 104

**Agência:** 000003848

**Conta:** 000004834-9

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau médio = 52,50%</b>	R\$ 7.087,50
<b>Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau intenso = 52,50%</b>	R\$ 7.087,50
<b>Total avaliado:</b>	R\$ 7.087,50
<b>Valor de Multa / Juros:</b>	R\$ 0,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,



OUTROS

\*1004054\*



2 - 20

29/04

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Nº SINISTRO:

1750-607270/2014

SEGURADORA:

(2014335480)

COBERTURA RECLAMADA

 MORTE INVALIDEZ DAMS

NOME DA VÍTIMA

CPF

DATA NASCIMENTO

Josivaldo de Castro Ribeiro 445.198.518-82 09.06.1984

DATA DO ACIDENTE: 17 / 02 / 2014

HORA: 11:40

## QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE OU CORRETOR:

Nome: Fro de Assis Rosado CPF: 337.368.043-34 Dt.Nasc: 06/02/1963

Endereço: Rua Rodriguo Larvai Ho, 932 Bairro: CENTRO

Cidade: São João do Piauí Estado: PIAUÍ CEP.: 64.760-000

Tel: (87) 3483-2770 / 9441-6534

## DADOS DA OCORRÊNCIA:

Código Vitima:  1 - Transportado  2 - Não Transportado  3 - Motorista

Tipo de Veículo: CAMINHÃO FORD UF/No Placa: CFU-4791 V. identificado? SIM

Boletim Ocorrência: 037/2014 Data BO: 17/02/2014 Delegacia: São João do Piauí

Município: São João do Piauí Estado: PIAUÍ

## Informação por tipo cobertura:

Morte = Data óbito: 1/1

Invalidez = Nº Laudo IML: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Dams = Valor Pleiteado: R\$ \_\_\_\_\_

ARUANA/SEGUROS  
29 ABR 2014

Local e Data: São João do Piauí, 11.04.14 Assinatura: Josivaldo de Castro Ribeiro

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

PORTADOR(A) DO RG Nº 55.716.473-4 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 09/08/2011

CPF 44519851883 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO LAVADORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 150,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Josivaldo de C. Ribeiro, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta-bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);



2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA 3848 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 4-834-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL São João do Piauí - PI DATA 11/04/2014.

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Josivaldo de Castro Ribeiro

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à Legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 | \$20 | AUTO ATENDIMENTO | 01/04/2014

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO

| MOVTO. E SALDO DO DIA  
PAG: 001 / 001

AG: 3848. - SAO JOAO DO PIAUI

OPER: 013 | CONTA: 4.834-9

NOME: JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.: 0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL: 0,00

BLOQUEADO:

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. R0R30429  
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
15ª ÁREA DE ATENDIMENTO  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ/PI



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA – NATUREZA NÃO CRIMINAL**

OCORRÊNCIA: n.º 037/2014

DATA/ REG. 17 de Fevereiro de 2014.

NATUREZA: Acidente de trânsito (Lesão Culposa)

**DADOS DO NOTICIANTE e/ou VÍTIMA**

**NOME:** Antonio Osvaldo

**ESTADO CIVIL:** Divorciado

**NACIONALIDADE:** Brasileiro.

**NATURALIDADE:** Upanema / RN.

**PROFISSÃO:** Motorista

**DATA DE NASC:** 06/08/1950

**RG. N.º** 88345634 – SSP/SP.

**C.P.F. N.º** 813.157.328-15

**FILIAÇÃO:** Muis Tomaz da Silva e Lusia Florencio de Melo

**ENDEREÇO:** Rua Coronel Silvestre Veras – Upanema / RN.

Cel. (84)9623-7964 - TIM 29 ABR 2014

**ARUANA/SEGÜROS**

**HISTÓRICO**

**NOTÍCIA:** Diz o noticiante que hoje por volta de 11h40min ao trafegar pela Av. Cândido Coelho em direção ao canteiro de obras da Construtora Luiz Costa Ltda; sendo que ao passar em frente ao Hospital Regional Teresinha Nunes de Barros, conduzindo o veículo **CAMINHÃO FORD F12000 L, placa – CFU 4791, ano / mod. 1997/1997, código renavam 675149959, cor – AMARELA, em nome de CONSTRUTORA LUIZ COSTA LTDA**, ouviu somente o estouro, quando olhou pelo retrovisor observou pessoas que tentavam chamar sua atenção, e este então desceu do caminhão e percebeu que um dos pneus havia soltado o cubo do pneu, atingindo um indivíduo, que não sabe precisar o nome. Informa, por fim, o noticiante que logo em seguida a vítima foi conduzida em uma maca para o hospital local; sendo que o noticiante não sabe nada dizer o estado de saúde do mesmo. **Era o que tinha a noticiar.**

Encarregado do Registro:

*Wella Novais*

Wella Novais de Sousa  
Escrivão "Ad Hoc"  
Mat. 043425-6

Noticiante: *Antônio Osvaldo*

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

"10004026"





**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ - PI**



**ADITAMENTO ao Boletim de Ocorrência n.º 037/2014**

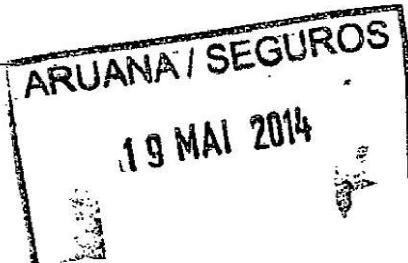
*Aditamento*

**Eu, WILLIAN NOVAIS DE SOUSA, Escrivão de Policia Ad Hoc, da Delegacia de Polícia Civil de São João do Piauí, Certifico que, após averiguações feitas no local, foi constatado a realidade do acidente automobilístico, ocorrido no dia 17.02.2014, envolvendo o veículo Caminhão Ford F 12000, placa CFU-4791, código renavam 675149959, cor amarela, ano/mod. - 1997; teve como vítima o Sr. JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO.**

DP de São João do Piauí/PI, 07 de Maio de 2014.

*Willian Novais de Sousa*

Willian Novais de Sousa  
Escrivão "Ad Hoc"  
Mat. D43425-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Josivaldo de Castro Ribeiro, portador da carteira de identidade nº 55.716.473-4 e inscrito no CPF/MF sob o nº 445.198.518-82 residente e domiciliado na Localidade de Grajau, nº 100 - ZONA RURAL Cidade São João do Piauí, Estado Piauí, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

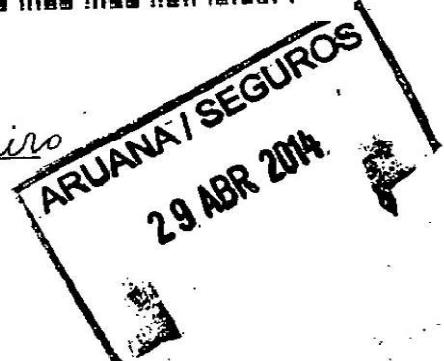
CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

\*1004029\*



x Josivaldo de Castro Ribeiro

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



São João do Piauí - PI, 11.04.2014.

Local e data

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josivaldo de Castro Ribeiro,  
RG nº 55.716.473-4, data de expedição 09/08/2011, Órgão SSP/SP,  
CPF nº 445.198.518-82, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome  
de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

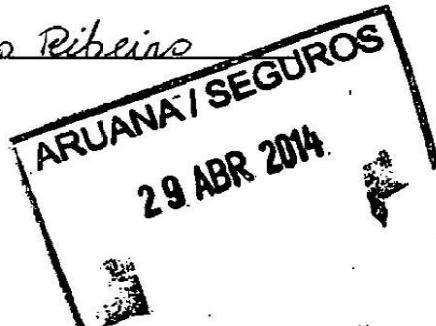


Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Localidade Grajau</u>
Número	<u>100</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>SÃO JOÃO DO PIAUÍ</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>64.760-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 3433-2770 / 9441-6534</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São João do Piauí - PI, 11.04.2014.

Assinatura do Declarante: Josivaldo de Castro Ribeiro







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
15ª ÁREA DE ATENDIMENTO  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ/PI



IN. / K  
TERMO DE DECLARAÇÃO  
(IML/BOMBEIRO/ANJOS DO ASFALTO)

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



\*1004\*

O Sr. Francisco JORGE TERCEIRO Silva, Delegado de Polícia, da Delegacia de Polícia Civil de São João do Piauí/PI, no uso de suas atribuições legais etc... DECLARA para os devidos fins que se fizerem necessários (recebimento de Seguro DPVAT), que a pessoa de nome **JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO** (condutor/vítima não fatal), já qualificado no Boletim de Ocorrência, no dia 17.02.2014, sofreu um acidente, com registro no BO n.º 037/2014 - Delegacia de Polícia Civil de São João do Piauí/PI e na circunscrição do município não possui IML – Instituto Médico Legal, BOMBETROS e nem ANJOS DO ASFALTO, havendo apenas o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU para a prestação de socorro, mas no caso em tela a vítima foi socorrida por populares. Além dos órgãos citados não há também órgãos competentes para realização de outras perícias que caso requeram.

DADO E LAVRADO, nesta cidade de São João do Piauí, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia Civil, aos 07 dias do mês de **MAIO** ano de **2014** (dois mil e catorze).

WILLIAN Novais de Sousa  
Escrivão "Ad Hoc"  
Mat. 043425-6



Cliente: Fernando da Costa Oliveira.

Nº Cartão do SUS:

End.: Cra. 99Bairro: C. S. C.Telefone: (89) 3211-1145D. do Nascimento: 09/02/1989Sexo: MData: 12/02/14Horário: 11:45Assinatura: Marcelo S. OliveiraNome da Mãe: Bárbara Oliveira da OliveiraData dos 1º Sintomas: 1/1/2014Raça/Cor:  Preta  Amarela  Nenhum  De 1 a 3  De 3 a 7  De 8 a 11  De 12 a maisEscolaridade:  Indígena  Branca  PardaID: 1111111111111111CID: 1000000000000000

D:

- Consulta
- Consulta com Medicinação
- Consulta com Aerosol
- Consulta com Observação
- Consulta com Pequena Cirurgia
- Consulta com Aparelho Gessado
- Consulta com Internação (Anexar AIH)
- Consulta com Transferência
- Consulta Ambulatorial

**ARUANA/SEGUROS**  
**29 ABR 2014**

Alta: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS  
AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)  
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ ADMISSÃO ]==

Número Data Hora Convênio Carteira  
201421000451 19/02/2014 19:12 PLANO ECONOMICO

Caráter de Atendimento Regulação:  
OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Origem do Paciente Clínica/Especialidade  
RESIDÊNCIA CLINICA CIRURGICA/GERAL

Médico Solicitante Médico Responsável  
2466 - GERALDO GONCALVES NUNES 2466 - GERALDO GONCALVES NUNES

Procedimento Solicitado

Dias  
0

===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

Nome JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO Sexo MASCULINO  
Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião  
09/06/1984 29 Anos PARDA SOLTEIRO CATÓLICA  
Mãe ZITA MARIA DE CASTRO  
Conjuge Responsável Prontuário  
CNS Registro Documento Informado 22463  
201402140000445 RG: 557164734  
País Município de Naturalidade CEP  
BRASIL SAO JOAO DO PIAUI/PI 64760-000  
Município de Residência Logradouro  
SAO JOAO DO PIAUI/PI ATALHO GRAJAU  
Número Complemento Bairro  
SN ZONA RURAL  
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência  
(89)9427.1349

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

EMPREGADO INFORMAL / AUXILIAR NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO

===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]==

Em caso de urgência avisar

O RESPONSÁVEL

Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem,  
APARTAMENTO CLINICA MEDICA POSTO DE ENFERMAGEM  
Atendente: leiliane Data: 19/02/2014 Hora: 19:16:54 Tempo: 00:04:36

===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]==

ANA CLAUDIA MARCOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

PICOS(PI), 19 de fevereiro de 2014

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

*Ana Claudia Gonçalves Santos*

**ARUANAI SEGUROS**  
**29 ABR 2014**

**CONSULTÓRIO MÉDICO DR EDUARDO MOURA**

**LAUDO MÉDICO**

**CPF: 445.198.518-82**

**Josivaldo de Castro Ribeiro**

Paciente vítima de acidente de transito no dia 17/02/2014 ( estava andando em via pública quando foi atingido por um pneu que soltou de um caminhão em movimento). Foi atendido no Hospital de São João do Piauí, onde evidenciou-se fratura de ossos da perna esquerda. Foi transferido para o Hospital Dr Oscar em picos- PI, onde foi submetido a cirurgia ( colocado fixador externo) no dia 20/02/2014.(ficará por quatro meses).

**Evolui com dor local e dificuldade para deambular.**

**Sequela temporária da lesão**

**CID 10:**

**S 82.2.**

**São João do Piauí, 10/04/2014**

*Eduardo Reis de Moura*  
**Eduardo Reis de Moura**  
Dr. Eduardo Reis de Moura  
Médico  
CRM/PI 2416 - CPF 880.932.394-72



CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS  
AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)  
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

LAU DO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

===[ PACIENTE ]===[/]

Nome

JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

Sexo

MASCULINO

Nascimento Idade Religião  
09/06/1984 29 Anos CATÓLICA

Acompanhante Internação Anterior  
\* [ ] Sim [ ] Não [ X ]

===[ ADMISSÃO ]===[/]

Número Data Hora Convênio/Plano  
201421000451 19/02/2014 19:12 PLANO ECONÔMICO/UNICO

===[ HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO ]===[/]

Pacif a hta da Osm  
lcls feria Segundo et  
meravel e ergam

===[ DIAGNÓSTICO INICIAL ]===[/]

Fratura da Oss da feria ESQUEDA [ ]

===[ SUMÁRIO DE EVOLUÇÃO ]===[/]

ALTA CONDIÇÃO

- [ ] Curado
- [ ] Melhorado
- [ ] Estacionário
- [ ] Piorado
- [ ] Em tratamento
- [ ] Não tratado

TIPO DE ALTA

- [ ] Decisão Médica
- [ ] A pedido
- [ ] Transferência
- [ ] Para Diagnóstico
- [ ] Para tratamento AMB
- [ ] Transitória

TIPO DE ÓBITO

- [ ] Operatório
- [ ] Pós-Operatório
- [ ] Imediato (12 Horas)
- [ ] Mediato (1 Semana)
- [ ] Tardio (Após 1 Semana)
- [ ] Tratamento Clínico
- [ ] Sem tratamento \*

\* Causa:

ARUANA/SEGURÓS  
29 ABR 2014

===[ DIAGNÓSTICO DEFINITIVO ]===[/]

Fratura dos ossos da feria ESQUEDA [ ] CID10 [ ]

===[ TRATAMENTO REALIZADO ]===[/]

- [ ] Clínico [ ] Cirúrgico [ ] Outros

===[ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ]===[/]

Geraldo G. Nunes  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 2463 - CPF 123.314.634-78

Geraldo Nunes

CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS  
AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)  
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

ALTA HOSPITALAR

===[ INTERNAÇÃO ]=====

Número Data Hora Convênio/Plano  
201421000451 19/02/2014 19:12 PLANO ECONÔMICO/UNICO  
Médico Solicitante Médico Responsável  
GERALDO GONCALVES NUNES - 2466 GERALDO GONCALVES NUNES - 2466  
Procedimento Solicitado

===[ PACIENTE ]=====

Nome Sexo  
JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO MASCULINO  
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro  
09/06/1984 29 Anos CATÓLICA 22463 201402140000445

===[ ACOMODAÇÃO ]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
APTO05/1 APARTAMENTO CLINICA MEDICA POSTO DE ENFERMAGEM

===[ DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO ]=====

HD. hum in om do Pano Experi  
cd - evasca Código [ ]

===[ NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR ]=====

[ ] Não [ ] Sim Descrição: \_\_\_\_\_

===[ ALTA ]=====

Data Hora Motivo

[ / / ] [ : ] \_\_\_\_\_

===[ MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA ]=====

*Sofia V.*  
ASSINATURA

ARUANA/SEGUROS  
29 ABR 2014

CRM/CARIMBO

Usuário responsável:

Data: Hora:

===[ DECLARAÇÃO DE ALTA A PEDIDO ]=====

ANA CLAUDIA MARCOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO, solicita alta hospitalar do mesmo, do(a) CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS onde este encontra-se internado, ciente de estar agindo contra a orientação e parecer dos médicos do referido estabelecimento de saúde, e assumindo integralmente, a responsabilidade por sua decisão.

PICOS(PI), 19 de fevereiro de 2014

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



Jonivaldo de Castro  
Ribeiro

Notas sobre a evolução da doença. Complicações, consultas, mudanças de diagnósticos condições ao ser dada alta. Instruções ao paciente devendo todas anotações ser assinada pelo o médico que faz.

DATA		RÚBRICA
19/02/16	<p>Dr. J. Ribeiro d. 29/02/16 at. 11h30min</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>	
20/02/16	<p>Preat. Dr. J. Ribeiro at. 20h30min</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>	
21/02/16	<p>Preat. Dr. J. Ribeiro at. 18h30min</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>	
		<p>ARUANA / SEGUROS 29 ABR 2016</p>

## BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

DATA 20/02/14

NOME: José de Castro Pires APTº:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Hernia da Om 6

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Geraldo Lira 1º AUX. Dr. Ronaldo

2º AUX.  ANESTESISTA: Dr. Cláudio Almeida

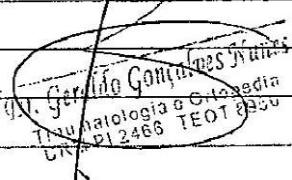
INSTRUMENTADOR:  CIRCULANTE:

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIA REALIZADA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: Pacut em derm. duplo nos

Areos mafos e subpeito fez  
ciclos encor. tura. tura.  
fract. de Placa e Paraf  
Sut e enfa



**ARUANA/SEGUROS**  
**29 ABR 2014**

## ANESTESIA:

Nome:			Clínica		Prontuário	
Idade	Sexo	Cor	Procedência			
Data	Pressão Arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hemotacrito	Glicemia	Ureia	Outros
	Urina					

	02			INDUÇÃO	
Líquidos	0000			Satisfat.	Excit.
Código P. Arterial o P. Anestésico V. Anestésico	260			Tosse	
	240			Laringe-espasmo	Lenta
	220			Nauseas	Vômitos
	200			Outros	
	180			MANUTENÇÃO	
	160			Anest. Satisf. ( ) Sim ( ) Não	
	140			Não porque ?	
	120			DESPERTAR	
	100			Reflexo na so.	
	80			Obstr.	02
60			Excit.		
40			Nauseas	Vômitos	
20			Outros		
Símbolos e Anotações		Com Canula para o Leito		Sim ( )	
Técnicas		Não ( )		CONDIÇÕES:	
Perfus.				<i>Edu</i>	
Observações		Canulas		<i>Clorbutalido de s... CARDIOLOGIA - ANESTESIA MEDICINA DO TRABALHO GASTROENTEROLOGIA MEDICO DE TRABALHO</i>	
				<i>Perda Sanguínea</i>	

## OXIGÊNIO

Início:

Término:

## PACIENTE TRANSFUNDIDO

GP. \_\_\_\_\_ RN. \_\_\_\_\_ VOL. \_\_\_\_\_

## AR COMPRIMIDO

Início:

Término:

## ÓXIDO NITROSO

Início:

Término:

*Neocaine - 952*  
*Morfina - 01082*  
*Epinefrina - 71g.*

## DROGAS UTILIZADAS

## FOLHA DE CONSUMO EM SALA CIRÚRGICA

PRONTUÁRIO

CONVÊNIO

P. Gassaniius

NOME: festivale da costa ribeiro

APTO. 05

LEITO

## **DIAGNÓSTICO:**

início:  $07:00$

TÉRMINO 07:52

DURAÇÃO 50 min

CIRURGIÃO

Dr. GEMALD

1º AUXILIAR

Dive Nov 1980

**INSTRUMENTADOR (A)**

*matuzalem*

ANESTESIOLOGISTA

Dra: C. B. D. S. A. V. D. O.

2º AUXILIAR

CIRCULA

Eugene Wilson

NESTESIA

*Naore*

RÍOS	Nº	CÓDIGO	QUANT.	MEDICAMENTOS	CÓDIGO	UNID.
CATGUT CROMADO				ADRENALINA		AMP
CATGUT CROMADO				ATROFOPINA		AMP
CATGUT SIMPLES				DIPRIVAN		AMP
CATGUT SIMPLES				TRANSMISMA		AMP
VYCRYL				FENTANIL		ML
PROLENE				ENFLURANO		ML
PROLENE				INOVAL		ML
MONONYLON				MARCARINA		FR
MONONYLON				PROSTIGMINE		AMP
ALGODÃO				QIETICINA		FR
ALGODÃO				THIONEMBUTAL		FR
XILOCAÍNA				XILOCAÍNA		FR
SEVOFLURANO				SEVOFLURANO		ML
HALOTANO				HALOTANO		ML
NEOCAINA 0,5				NEOCAINA 0,5		AMP
LIDOCAINA				LIDOCAINA		ML
ÁGUA DESTILADA				ÁGUA DESTILADA		AMP
ALLOFERINE				ALLOFERINE		AMP
CIDILARINE				CIDILARINE		AMP
DIMORF				DIMORF		AMP
DEXAMETASONA				DEXAMETASONA		AMP
VALLUM 2 ML				VALLUM 2 ML		AMP
DOLANTINA				DOLANTINA		AMP
EFORTEL 1 ML				EFORTEL 1 ML		AMP
PLASTIL 2 ML				PLASTIL 2 ML		AMP
FERNEGAN 2 ML				FERNEGAN 2 ML		AMP
FLAXEDIL				FLAXEDIL		AMP
KETALAR				KETALAR		AMP
LASIX				LASIX		AMP

SOLUÇÕES	QUANT.	UNID.
ÉTER	ML	ML
PVPI TÓPICO	100	ML
PVPI DEGERMANTE	200	ML
ALCOOL IODADO	80	ML
ÁGUA OXIGENADA	ML	ML
FORMALDEÍDO 2%	ML	ML

MATERIAIS	CÓDIGO	UNID.	MATERIAIS	QUANT.	UNID.
ALGODÃO ORTOPÉDICO			CATÉTER DE OXIGÉNIO		
ALGODÃO HIDRÓFILO			COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		
ATADURA CREPON 1cm 02	02	VND	COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO		
ATADURA CREPON			POLIFIX 02 VIAS		
ATADURA ELÁSTICA			MÁSCARA DESCARTÁVEL	05	VND
L.					
DEX			AGULHA 40X12		
ESTILADA 500ML			AGULHA 25X7		VND
COMPRESSA C 105 02 PCT	105	PCT	SCALP N°		
COMPRESSA			JELCO N°		
GAZE 130 06 9x7	130	9x7	MICROPORE		
DRENOS(S)			SONDA ENDOTRAQUEAL N°		
GELFOAM			TORNEIRA 3 VIAS		
ESPARADRAPO	20	VND	SACO PI LIXO	02	VND
EQUIPO PI TRANSFUSÃO			AC. DE DRAVE 03	VND	
EQUIPO PI SORO GOTAS					
EQUIPO PI SORO MICROGOTAS					
EQUIPO PI BOMBA DE INFUSÃO					
LUVAS N° 8x0	8x0	V30			
LUVAS N° 7x5	7x5	02			
USOES	QUANT.	UNID.	LUVAS N°		
TOTAL		ML	LÂMINAS DE BISTURI N°4	02	VND
			LÂMINA DE BISTURI N°		
			CATÉTER		
			CATÉTER VENOSO	/	
			SERINGA DESCARTÁVEL 05	05	VND
			SERINGA DESCARTÁVEL 10	02	VND
	QUANT.	UNID.	SERINGA DESCARTÁVEL		
45 n.º 38 01	01	VND			
Doz extenso 01	01	VND	SONDA GÁSTRICA		
			SONDA URETRAL		
			SONDA DE FOLEY 2 VIAS		
			SONDA DE FOLEY 3 VIAS		
			SONDA DE ASPIRAÇÃO		

EDICAMENTOS	QUANT.	UNID.	QUANT.	UNID.
LICOSADO 5% 500ML	FR			
SILOGÓICO 5% 500ML	041	FR		
COFISOLÓGICO 5% 500ML		FR		
L.		FR		
DEX		FR		
ESTILADA 500ML				
COMPRESSA C 105 02 PCT				
COMPRESSA				
GAZE 130 06 9x7				
DRENOS(S)				
GELFOAM				
ESPARADRAPO	20	VND		
EQUIPO PI TRANSFUSÃO				
EQUIPO PI SORO GOTAS				
EQUIPO PI SORO MICROGOTAS				
EQUIPO PI BOMBA DE INFUSÃO				
LUVAS N° 8x0	8x0	V30		
LUVAS N° 7x5	7x5	02		
USOES	QUANT.	UNID.	LUVAS N°	
TOTAL		ML	LÂMINAS DE BISTURI N°4	02
			LÂMINA DE BISTURI N°	
			CATÉTER	
			CATÉTER VENOSO	/
			SERINGA DESCARTÁVEL 05	05
			SERINGA DESCARTÁVEL 10	02
	QUANT.	UNID.	SERINGA DESCARTÁVEL	
45 n.º 38 01	01	VND		
Doz extenso 01	01	VND	SONDA GÁSTRICA	
			SONDA URETRAL	
			SONDA DE FOLEY 2 VIAS	
			SONDA DE FOLEY 3 VIAS	
			SONDA DE ASPIRAÇÃO	

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (Carimbo e Assinatura)

19/04/14

Data / Hora

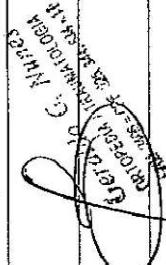
Convênio:  
Plano Econômico  
Leito:  
Aptº:  
05  
Médico:  
Drº Gonzalo

Paciente:  
Jenice Lobo de Lira  
Peleiro

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

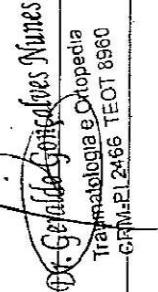
### HORÁRIOS

1) Dulfo Gf  
2) Sforzil → 1000af e  
3) Nitrofurta (2x18) ev el 6/d i s/g →  
Tylenol sus w el cernl →  
Sar



**ARUANA/SEGUROS**  
**29 ABR 2014**

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (Carimbo e Assinatura)	Data / Hora	Paciente:	Convênio:
	29/03/14	Toninho da Costa Ribeiro	Plano Especial
Médico:	Aptº:	Enrº:	Leito:
Dr. Gualberto	05		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
HORÁRIOS			
D) Dto. Poco	8h	11h	
S) Força.	20m	13h	
D) Diálogo (2:18)	14h	16h	
T) Pato	16h	20h	
R) 14h 01	17h	18h	
E) Exames	19h	20h	
P) Crv (2:18)	21h	22h	
S) Sosai	22h	23h	
M) Marizete	23h	00h	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
D) Dto. Poco	8h	11h	
S) Força.	20m	13h	
D) Diálogo (2:18)	14h	16h	
T) Pato	16h	20h	
R) 14h 01	17h	18h	
E) Exames	19h	20h	
P) Crv (2:18)	21h	22h	
S) Sosai	22h	23h	
M) Marizete	23h	00h	
ARUANA/SEGUROS			
29 ABR 2014			
 Dr. Gualberto Gualberto Nunes Traumatologia e Ortopedia CRM-PI 2466 TECIT 8960			
S. Prescrito dia 29/03/14			
Medicamento (com)			









## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014335480

**Vítima:** josivaldo de castro ribeiro

**Seguradora:** ARUANA  
SEGUROS S/A

**Cidade:** São João do Piauí

**Data do acidente:** 17/02/2014

**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA  
ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Natureza:** Invalidez

**Emissor do parecer:** Carla de Andrade Silveira

**CRM do médico:** 312915

### PARECER

**Data da análise:** 03/06/2014

**Valorização do IML:**

0,00

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA MIE

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRUGICO

**Sequelas permanentes:** DANO FUNCIONAL MIE

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DANO GRAVE MIE

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** ARNALDO KACELNIK

**UF do CRM do médico:** RJ

### DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	75

**Valor avaliado:** 7.087,50

Navegador PJE - CNJ ▾ PJE Consulta processos · Proce... 0800272-05.2019.8.18.0135... +

CNJ AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC >

ProOrd 0800272-05.2019.8.18.0135 ↗  
JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO X SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

5139349 - Petição (2593723 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 23/05/2019 16:51:34

23 May 2019

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO  
5139343 - Petição  
5139349 - Petição (2593723 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)  
5139456 - Comprovante (Anexo 01)

14 May 2019

AUDIÊNCIA CONCILIAÇÃO  
RFALIZADA PARA 14/05/2019

Página: 1 de 1 Zoom automático

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ/PI  
Processo: 08002720520198180135

PT 10:27  
24/05/2019