

Consulta processo: x 0801729-45.2018.8 x 0801727-75.2018.8 x Email - Reinaldo F x Controle de docum x Baixar o arquivo j x Habilitação nos aut x +

ProOrd 0801729-45.2018.8.18.0026
JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

8378994 - CONTESTAÇÃO (2694978 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/02/2020 12:28:38

14 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8378993 - CONTESTAÇÃO
 - 8378994 - CONTESTAÇÃO (2694978 GUNTES IACAO 01)
 - 8379713 - Documentos (2694978 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 8379007 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 8379041 - Documentos (GARTIA DE PREPOSTOS)
 - 8379293 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

12:28

16 Nov 2019

PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE

- 7170879 - Despacho

17:13

22 Jul 2019

downloadBinario.seam 1 / 9

2694978 - CJ/2020-00589/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo: 08017294520188180026

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

PT 11:28 14/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo: 08017294520188180026

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 **JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO**, 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 **28/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 02/02/2018.

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\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, 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/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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, CPC³.

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.

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



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

³“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)

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\$ 945.00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, 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, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180182573	Cidade: Campo Maior	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO	Data do acidente: 28/01/2018	Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 21/05/2018				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA				
Sequelae permanentes: DEFICIT DA FORÇA EM MÃO ESQUERDA				
Sequelae: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelae: DEFICIT RESIDUAL DA FORÇA EM MÃO ESQUERDA				
Documentos complementares:				
Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DE 14/05/2018				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00
PRESTADOR				
Líder- Serviços AMD				
Nome do médico: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS				
CRM do médico: 52.34195-7				
UF do CRM do médico: RJ				
Assinatura do médico:				
				

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\$ 945.00 (novecentos e quarenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **28/01/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 945.00 (novecentos e quarenta e cinco reais), conforme demonstrado abaixo:**

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:	23/05/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	945,00

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

CLIENTE: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000100160-5

Nr. da Autenticação D772C438A45A8E62

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 parciais⁴.

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 STJ⁵.

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\$ 945.00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

⁴ 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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **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.”

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 citação⁶.

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 ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art. 1º. (...)**

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

- 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.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPO MAIOR, 11 de fevereiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 o 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 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO**, em curso perante a 2ª **VARA CÍVEL** da comarca de **CAMPO MAIOR**, nos autos do Processo nº 08017294520188180026.

Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JOSE AUGUSTO ALVES PERES inscrito (a) no CPF/CNPJ 226524003 163 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE DE ACACIO ALVES FUERTADO inscrito (a) no CPF sob o Nº 218046723 100 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE DE ACACIO ALVES FUERTADO inscrito (a) no CPF sob o Nº 218046723 100 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>BENJAMIN CONSTANTE</u>		Número <u>622</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>CAMPO MAIOR</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64280-000</u>
Email <u>jaaperes@bol.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>86 999618951</u>	Telefone celular(DDD) <u>86 999618951</u>

ORIGINAL

Recup/Heur/PI 09 de fevereiro de 2018
Local e Data

Jose Augusto Alves Peres
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO

portador do RG: 654.174, data de expedição 11 / 05 / 2005

Órgão expedidor SSP / PI CPF: 341.638.913-15

com domicílio na cidade de CAMPO MAIOR no estado de PI

onde resido na CJ. RES. RENASCER-I, BAIRRO SAO LUIZ

número 041/C-21, complemento CASA

DECLARO sob as penas da lei que o veículo abaixo mencionado é (é) de minha propriedade na

data do acidente ocorrido com a vítima JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

e o condutor era JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

VEÍCULO MOTOCICLETA

ANO 2013 / 2014

MODELO YAMAHA - YBR 125 - FACTOR - E

PLACAS PIG - 7865

CLASS 9C6KE1930E0005740

DATA DO ACIDENTE 28 / 01 / 2018



Campo Maior 09.02.2018

Local e Data

23 ABR 2018

23 ABR 2018

ORIGINAL

Raimundo Nonato de Carvalho

Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro):
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



RECONHECER POR AUTENTICIDADE a firma de: RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO, RG: 654.174, PI, BAIRRO SAO LUIZ, CAMPO MAIOR-PI, 09/02/2018, FIM: 11/02/2018, 74 Selos: 25 Total: 4,70 Selos: 2500 (FIM: 11/02/2018)

MARIA THAYARA ALMEIDA ARAUJO DE OLIVEIRA ESCRIVENTE AIT

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO,

SÃO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 065535640/00642

(86) 3252-454

3252-1372

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: 7156966

Data: 28/01/2018

Funcionário: ADRIANA

Registro: 66615

Hora: 15:06:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 7

SUS

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

CPF: - RG: 08546916 - SUS:

Nasc.: 08/10/1964 Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 20 Telefone: (86) 9958-24977

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280-000

End.: DOUTOR MOURA, 641 -

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

FBGE: 2202208 Cor: PARDA

Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO

Clínica: CLINICA MEDICA

Documento: 6460 - CAROLINA COELHO MELLO

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO - O MESMO

Tempo: 10%

Peso: 0Kg

P.A.: 70110/

Procedimentos

28/01/2018 15:06 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

28/01/2018 15:15 0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: QUEDA DE MOTO

Hipótese Diagnóstica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditário:

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos/exames realizados:

- Nega alergias medicamentosas

- Voltar - 1 amp. IM

- Dipirona - 1 amp + 30.00

14:53

Garcia

Dra. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 6460Dra. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 6460

Ass. Técnico

Intervenir na clínica cirúrgica

Dra. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 6460

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

6460 - CAROLINA COELHO MELLO



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

INTORNO,

JOSE LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

NPI: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0156966

Atendimento: 01/2018

F. Anpha ADRIANA

Su 7

Registro: 66615

Hora: 15:06:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

CPF: - RG: 08546916 - SUS:

sc: 08/10/1964 Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Telefone: (86) 9958-24977

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280-000

ENDOUROS MOURA, 641 -

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

CE: 2202208 Cor: PARDA Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO

Unica: CLINICA MEDICA Documento: 6460 - FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA

Responsavel: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO - O MESMO

2169361

Procedimentos

8/01/2018 15:06 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Ativo do atendimento: QUEDA DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

QUEDA DE MOTO COM LESAO NO ANTEBRAÇO ESQUERDO

OBSERVAÇÃO

NEGA OUTRAS PATOLOGIAS

SINAIS VITAIS

PA: 70/110/ mmHg

TAX: 0°c

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

NAO FEZ USO DE MEDICAMENTOS

CONDUITA

AO CLINICO

2169361

2169361

Francisco Alexandre de Carvalho

Enfermeiro

2169361

Responsavel: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

2169361 - FRANCISCO ALEXANDRO DE



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

2 - CNES
2777754
4 - CNES
2777754

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/10/1964

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
66615

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
(96) 9958-24977

10 - NOME DA MÃE
MARIA ALVES FURTADO
12 - ENDEREÇO
DR. MOURA, 641 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CAMPO MAIOR

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2202208

15 - UF
PI 16 - CEP
64260-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tram. pontal e 1/2 fôrta red. 1/2

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Acidente com

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. de urina

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura radi. joelho E

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia radi. joelho

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
CLÍNICA MÉDICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CAROLINA COELHO MELLO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
29/01/2018
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
ANTONIO AUGUSTO DA PAZ FILHO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
E220000002

46 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF 091.143.513-15
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

[Assinatura]

BOLETIM DE ADMISSÃO

66615 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

0465

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 08/10/1964 - 53 ANOS, 3 MESES, 21 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CC06- CLINICA CIRURGICA - Leito: CC06 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 6460 - CAROLINA COELHO MELLO

CPF: RG: 08548916 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: DR MOURA, Nº 841 - CEP: 64280-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Responsavel: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

História Clínica

Tram para o 1º dia

Tram para o 2º dia

Sint p-32

2-3 ABR 2018

Diagnóstico Provável Tram para o 2º dia

Carolina Coelho Mello
Médica
CRM: 10.100/0-0
Régua de 100 cm
100 cm

CAROLINA COELHO MELLO



Resumo de Alta / Transferência

I09140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data: 29/01/2018 Leito: CC0601

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Os exames de Função
hepática estão dentro da normalidade
I = D.O.V.

Sem sintomas no momento
F.O. O.K.
Osteoartrite

Marcar o / de acordo

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1222-PI
MÉDICO
CPF: 219.060.843-34

Diagnóstico principal:

Função hepática dentro da normalidade

Diagnósticos Secundários:

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ ÓbitoDestino: ☒ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Alta hospitalar com bons
exames de função hepática e
de osteoartrite.
Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1222-PI
MÉDICO
CPF: 219.060.843-34

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1222-PI
MÉDICO
CPF: 219.060.843-34

Data: 06/02/2018

Médico

CRM/Carimbo

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00 Sexo: M Idade: 54 ANOS
Convenio: SUS
Clinica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

06/02/2018

15:01	SEGUIE NO 8º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. E 1º DPO DE OSTEOSINTESE DE RADIO DISTAL ESQUERDO. EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO. CALMO E COLABORATIVO. FÁSICO. EUPNEICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, HIGIENIZADO, HIDRATADO. COM ACESSO PERIFÉRICO EM MSD PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. ACEITANDO DIETA OFERECIDA. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS. SONO PRESERVADO. CURATIVO OCLUSIVO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO, MEMBRO IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. AVALIADO PELO PRESCRITOR QUE DEU ALTA HOSPITALAR COM RECEITA MEDICA. PRESTADAS ORIENTAÇÕES QUANTO A REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIÁRIO. INICIANDO AMANHÃ, E QUANTO AO RETORNO.	KALILA Kalia Andrade e Silva Enfermeira COREN-PI 133.723	
-------	--	---	---

29/01/2018



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

Unidade de Pronto Atendimento



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

NOME:	Joni Azevedo Almeida Coutado		
ENFERMARIA:	C4	LEITO:	03
DATA/HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
05.02.18	① Deixar VO livre para APA ② 500mg - 1000mg - 1000mg ③ 1000mg - 1000mg - 1000mg ④ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑤ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑥ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑦ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑧ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑨ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑩ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑪ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑫ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑬ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑭ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑮ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑯ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑰ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑱ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑲ 1000mg - 1000mg - 1000mg ⑳ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉑ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉒ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉓ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉔ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉕ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉖ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉗ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉘ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉙ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉚ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉛ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉜ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉝ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉞ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㉟ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊱ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊲ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊳ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊴ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊵ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊶ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊷ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊸ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊹ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊺ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊻ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊼ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊽ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊾ 1000mg - 1000mg - 1000mg ㊿ 1000mg - 1000mg - 1000mg		

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luis

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546
CEP: 84.280-000 • Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00 Sexo: M
Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Clínica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

Evolução

04/02/2018

11:1	CLIENTE NO 7º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, DEMBULANDO, NORMOTENSO, NORMOTÉRMICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, HIGIENIZADO, ACEITANDO A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO, REFERE ALGIA EM LOCAL DA FRATURA. AGUARDA PARECER DO CARDIOLOGISTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO.	CAMILA	 Camila Silva Biapina Enfermeira COREN - PI Nº 501.609
------	--	--------	---

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00 Sexo: M Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 21 DIAS
Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Clínica: CLÍNICA MÉDICA Leito: CC0403

Evolução

03/02/2018

12.	CLIENTE NO 6º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL "E": CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, DEMBULANDO, NORMOTENSO, NORMOTÉRMICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, HIGIENIZADO, ACEITANDO A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO. REFERE ALGIA EM LOCAL DA FRATURA. AGUARDA PARECER DO CARDIOLOGISTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO.	VINICIUS	
-----	--	----------	--

Enfermeiro(a)

Assinatura

Vinicius Goncalo
Enfermeiro
COREN-PI: 396.489



CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564/000642
Tel: (86) 3252-4546

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00 Sexo: M Idade: 54 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

12/02/2018

PACIENTE SEGUE NO 4º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL E. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEDRIL, NORMOTENSO, HIGIENIZADO. LIBERADO DIETA PRESCRITA, SONO F REPOUSO PRESERVADO, FLIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES NORMAIS. REFERE ALGIA EM MEMBRO TRAUMATIZADO. AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO E PARACER CARDIOLOGICO.

PROFISSIONAL

ASSINATURA

MICAELA MARIA CHAVES
SILVA

Micaela M. Chaves Silva
Enfermeira
CREN-PI Nº 619.371



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00 Sexo: M Idade: 54 ANOS

Convenio: SUS

Clínica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

02/2018

17:23	PACIENTE SEGUE NO 3º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADO. ACEITA DIETA DRAL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES NORMAIS. APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, REALIZADO CURATIVO. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. AGURADA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA E PARECER DO CARDIOLOGISTA.	PROFISSIONAL CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO	ASSINATURA Cristiane Assis de Araujo 02/02/2018
-------	--	---	---

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00 Sexo: M Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 21 DIAS
Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Clínica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

Evolução

31/01/2018

Enfermeiro(a)		Assinatura
10:20:00	NO 2º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADOS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VO OFERTADA. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES SIC. APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, REALIZADO CURATIVO. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. SOLICITADO PELO PRESCRITOR RX DO TORAX E PARECER DO CARDIOLOGISTA.	ALEXANDRA
10:21:00	EVOLUCAO DAS 10:20 SEM EFEITO	ALEXANDRA
10:30:00	NO 2º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADOS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VO OFERTADA. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES SIC. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. SOLICITADO PELO PRESCRITOR RX DO TORAX E PARECER DO CARDIOLOGISTA.	ALEXANDRA

paciente em tratamento
com insulina e +



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS



GOVERNO DO PIAUÍ
www.pi.gov.br

NOME:

João Leocádio Soares

ENFERMARIA: C-04

LEITO: 1-03

DATA/HORA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

30/11/18

Dijete h

1) SPO, 5% - 300 ml (bv) 7h (Pm)

3) D. paracetamol - 1000 mg (bv) 6/6 h

2) D. paracetamol - 1000 mg (bv) 12/12 h

6) D. paracetamol - 1000 mg (bv) 12/12 h

4) SPO + Ca

8) Transf. de sangue + sangue de 500 ml

4

12/11/18 18h 00

12/11/18 08h 00

08h 00

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4458 - TEOT 17409

Dr. Leocádio Soares

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546
CEP: 64.280-000 - Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.554/0006-42

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00 Sexo: M
Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Clínica: CLINICA MEDICA Leito: CC0405

Idade: 53 ANOS,3 MESES,21 DIAS

Evolução

30/01/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:00:00	CLIENTE SEGUE NO 2ºDIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDA, AGUARDA AVALIAÇÃO ORTOPEDICA, EM REPOUSO NO LEITO, ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, NORMOCORADO. AFEBRIL. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ESCORIAÇÕES EM MSD E MID, BEM COMO NO MSE, PROX A TALA GESSADA. FEITO CURATIVO COM AGE.	ARTEMES	fe 24.8.423
----------	--	---------	-------------



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

[illegible]

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546
CEP: 64.280-000 • Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME: Joni Acácio Alvim Castelo DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura radio distal R

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: _____

CIRURGIA: Ortopedia radio distal R Nº SALA: _____

CIRURGIÃO: Marcelo Lopes CRM-PI: _____

AUXILIARES: 1º _____ 2º _____

INSTRUMENTADOR (A): _____ CIRCULANTE: _____

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1) Act em RH radio bloquer, placa 1/2
2) Bloquer e placa / 3) Tratar vales radio R / 4) clarear os
placa / 5) Reduzir e fixar o placa e perfur vales e
fixar vales na radio distal / 6) Lavar os pla
7) Curar

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA: _____ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL? _____

DATA: 05/01/19 HORA: _____


Dr. Marcelo Lopes
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 15517/01-1996

CIRURGIÃO



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

MATERIAIS E MEDICAMENTOS SALA CIRÚRGICA

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% ____ ml	FRASCO	02	AGULHA DE RAQUE Nº ____	UND	
SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% ____ ml	FRASCO		AGULHA DE PERIDURAL Nº ____	UND	
SORO GLICOSADO 5% ____ ml	FRASCO		AGULHA 25X7	UND	01
RINGER LACTATO ____ ml	FRASCO		AGULHA 30X7	UND	01
ÁGUA DESTILADA ____ ml	FRASCO		AGULHA 40X12	UND	
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	AMP	02	AGULHA DE INSULINA	UND	
MANITOL 3% 200 ml	FRASCO		SCALP Nº ____	UND	
FORMOL	ML		JELCO Nº ____	UND	01
ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGA DE 50ml	UND	
ÁCOOL 70%	ML	30	SERINGA DE 20 ml	UND	01
PVPI DEGERMANTE	ML	50	SERINGA DE 10 ml	UND	01
PVPI TÓPICO	ML	40	SERINGA DE 5 ml	UND	
CLOREXIDINA	ML		SERINGA DE 3ml	UND	
BSS 500ml	FRASCO		SERINGA DE 1 ml	UND	
VOLUVEN 6% 500 ml	FRASCO				
ISOCEL	FRASCO		DRENOS		
ÉTER	FRASCO		DRENO DE PENROSE Nº ____	UND	
			DRENO DE SUÇÃO Nº ____	UND	
			DRENO DE TÓRAX Nº ____	UND	
			DRENO DE KHER Nº ____	UND	
FIOS					
NYLON Nº ____ 3 -	UND	02			
CATGUT SIMPLES Nº ____	UND				
CATGUT CROMADO Nº ____	UND		OUTROS MATERIAIS		
CATEGUT CROMADO Nº ____	UND		LÂMINA DE BISTURI Nº ____ 24	UND	02
ALGODÃO COM AGULHA Nº ____	UND		GAZES	UND	40
ALGODÃO SEM AGULHA Nº ____	UND		ESPARADRAPO	UND	
VYCRIL Nº ____ 1 -	UND	01	MICROPORÉ	UND	
PROPELENE Nº ____	UND		COMPRESSAS	UND	04
PROPELENE AGULHA GRANDE Nº ____	UND		ALGODÃO	UND	
MONOCRYL Nº ____	UND		ATADURA 20 CM 02 CM	UND	02
PDS Nº ____	UND		EQUIPO MACROGOTAS	UND	01
			EQUIPO MICROGOTAS	UND	
LUVAS			EQUIPO PARA SANGUE	UND	
PROCEDIMENTO	PAR	06	TORNEIRINHA	UND	
ESTÉRIL Nº ____ 7,5	PAR	04	POLIFLUX	UND	
			TRANSOFIX	UND	
SONDAGEM			IRRIGOPLAS ____ VIAS	UND	
SONDA URÉTRAL Nº ____	UND		ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	UND	04
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº ____	UND		CATETER DUPLO JOTA	UND	
SONDA DE FOLEY 3 VIAS Nº ____	UND		CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	UND	
SONDA NASOGÁSTRICA Nº ____	UND		TUBO OROTRAQUEAL Nº ____	UND	
SONDA NASOENTERAL Nº ____	UND		FILTRO BACTERIOLÓGICO P/TOT	UND	
COLETOR DE URINA FECHADO	UND		MATERIAIS ORTOPÉDICOS		
COLETOR DE URINA ABERTO	UND		CAIXA PEQUENO FRAGMENTO		
XYLOCAÍNA GELÉIA 2%	TUBO		CAIXA GRANDE FRAGMENTO		
SONDA RETAL Nº ____	UND		FIO DE KIRSCHNER Nº ____ 02		0
VASELINA	TUBO		FIO DE STEINMAN Nº ____		
			FIO DE CERCLAGEM Nº ____		
TELA PROTÉSICA			FIXADOR EXTERNO MMSS Nº ____		
____ cm x ____ cm	UND		FIXADOR EXTERNO MMII Nº ____		
____ cm x ____ cm	UND		ÂNCORA Nº ____		
POMADAS			APARELHAGEM		
COLAGÊNASE	TUBO		ASPIRADOR		
NEOMICINA	TUBO		BISTURI ELÉTRICO		
NITROFURAZONA	TUBO		PERFURADOR	X	
SULFADIAZINA DE PRATA	TUBO		SERRA		

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: JOSE de Acaazio A. Furtado ENF: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: 53 Estado Civil: Solteiro ☒ Casado / União Estável ☐
Viúvo ☐ Separado ☐

2. PROCEDÊNCIA: Desta Município ☒ Outras: _____
Deambulando ☒ Cadeira de rodas ☐ Maca ☒ Sozinho ☐ Acompanhado ☐ SAMU ☐

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico ☐ Cirúrgico ☒ Obstétrico ☐

Se obstétrico: DUM: _____ IG: _____ G _____ P _____ A _____

Queixa principal: luzaca pulmonar

4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão ☐ Diabetes ☐ tabagismo ☐ Etilismo ☐ Doença cardíaca
Doença renal ☐ Alergias ☐ Outros ☐

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido ☒ Confuso ☐ Coma superficial ☐ Coma profundo ☐

Estado emocional: Agitado ☐ Tranquilo ☒ Tenso ☐ Deprimido ☐

Pele: Normocorada ☒ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Sudoréica ☐

Hidratado ☒ Desidratado ☐ Hiperemia ☐ Local: _____

Integridade da pele: Sim ☒ Não ☐ Obs: _____

Rede venosa: Visível ☒ Não visível ☐

Edemas: Ausência ☐ Presença ☒ Local: MSE Generalizado ☐

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico ☒ Bradpnéico ☐ Taquipnéico ☐ Dispneico ☐

Tosse seca ☐ Tosse produtiva ☐ Hemoptise ☐ Dor torácica ☐ Epistaxe ☐

Outras: _____

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia ☐ Pirose ☐ Disfagia ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Hematêmese ☐

Dor abdominal ☐ Dor epigástrica ☐

Alimentação: Oral ☒ Por SNG ☐ Aceita normal ☐ Aceita parcial ☐ Não aceita ☐

Hábito intestinal: Frequência diária ☐ Diarréia ☐ Constipado ☐ Última evacuação: _____

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal ☒ Por SVD ☐ Pollúria ☐ Polaciúria ☐ Oligúria ☐ Hematúria ☐

Incontinência ☐ Disúria ☐ Anúria ☐ Aspecto: Claro ☐ Truvo ☐

Sono e repouso: Preservados ☒ Insatisfatórios ☐

Outras queixas: Febre ☐ Dor ☒ Local: MSE Outras: _____

SSVV: Tax°C: 36,4 P _____ R _____ PA 110x80 mmHg

Medicações de uso regular: Não ☒ Sim ☐ Quais: _____

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção hospitalar

Data: 29/01/18 Enfermeiro: _____



REQUISIÇÃO DE PARECER

José de Aécio Nunes

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____
SERVIÇO: _____ AO SERVIÇO: _____

MOTIVO DA CONSULTA

(Especificar os dados sobre os quais deseja parecer e enumerar os principais sintomas do paciente)

*NOTA EM
FIM DA DE 24 20
diária. Surtos
proteção 20
em 2000*

DATA: *31/04/18*

PROFISSIONAL REQUISITANTE: _____

Assinatura do Médico
Dr. Carlos

DATA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____

Observação: Este documento é
AUTENTICADO E AUTORIZADO
OBSERVAÇÃO: OBRIGATORIO

Assinado por:

Pietro Siqueira
Fé 68 PPM
E e a 702777


Dr. Antonio Lúcio Machado
CLÍNICA MÉDICA E PSIQUIATRIA
CRM-PI 408-CPE 018.331.463-87

Nome: José de Acácio Alves Furtado

Data do Nascimento: 53 anos

Data do Registro: 28/01/2018

Médico: Dr^a Carolina Coelho

RAIO X DO PUNHO ESQUERDO

Fratura distal do rádio.

Dr^o José Luiz da Paz

Radiologista

CRM 0367/ CPF 030.027.993-00



SAMI

SOCIEDADE DOS AMIGOS DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: JOSÉ DE AGENIO ALVES FURTADO

LAUDO MÉDICO

PACIENTE ÚLTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 28/01/2018 TENDO COMO RESULTADO FRATURA NA PUNHA BILATERAL PARA A QUAL FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO. HOJE O MEMBRO ENCONTRA-SE COM 90% NA DEFICIT DA COTOFELA COM NÃO RESPOSTA. ALTA TOTAL DO TRATAMENTO.

Heldernilton Eugênio
Médico
CRM: 2885

Data: 14/05/2018

Assinatura do(a) Médico(a)



Pergunte ao
Dr. Denilson
97.5

Na net: radiolider975.wixsite.com/radioliderfm

SAMI
CNPJ: 14.627.094/0001-38
Site: www.sami.org.br

PRESIDENTE: DR. DENILSON EUGÊNIO
EMAIL: SAMISAUDE@YAHOO.COM.BR

SINISTRO - 3180182573

José de Aguiar Alves Furtado
CPF = 218.046.723-00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 MAI 2018

DPVAT



SAMI

PLACORRETORA
DE SEGUROS

SOCIEDADE DOS AMIGOS DA SAÚDE 21 JUN 2018

RECEITUÁRIO

DPVAT

Nome: JOSÉ DE ACÁCIO ALVES FORTADO

LAUDO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTA NO DIA 28/01/2018 TENDO COMO RESULTADO FRATURA DA PUNHA ESQUERDA PARA A QUAL FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO. HOJE O MEMBRO ENCONTRA-SE COM 90% DA FORTITUDE DA CANGA COM NÃO RES-
SURDA, ALTA TOTAL DO TRATAMENTO.

Heldernilson Eugênio
Médico
CRM: 2885

Data: 24 / 05 / 2018

Assinatura do(a) Médico(a)



Pergunte ao
Dr. Denilson 97.5

Na net: radioliderfm975.wixsite.com/radioliderfm

SAMI
CNPJ: 14.627.094/0001-38
Site: www.sami.org.br

PRESIDENTE: DR. DENILSON EUGÊNIO
EMAIL: SAMISAUDE@YAHOO.COM.BR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIAL 0854691-8 DATA DE EMISSÃO 05/01/2012

NOME JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

FILIAÇÃO RAIMUNDO GOMES RABELO MARIA ALVES FURTADO

CAMPO MAIOR-PI 08/10/1964

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DIRETORIA CERT. NASC. N. 10.553 FLS. 159

LV. A-8 CART. CAMPO MAIOR-PI

CPF 218046723-00

PI016-NRM 4A. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

23 ABR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ADILSON CORREIA DE MELO

OLIGRAFIA DO TÍTULADO

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

全30

23 APR 1969

CARTA DE REANALISE

SINISTRO 3180/182573

Eu, JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO portador do RG:
0854691-6 SSP/AM e CPF: 218046723-00 Residente na Rua /
AV RUA: DOUTOR MOURA nº 641
Bairro: CENTRO Cidade: CAMPO MAIOR UF: PI

Venho solicitar desta Seguradora por não
concorrer com o valor pago por meus fees
como indenização no valor de R\$ 945,00 devido
o grau de lesões sofrido no acidente do dia
28-01-2018 no Ponto Esquardo com cirurgia
e fees permanentes, exame anexos uma Perícia
Médica para Realizar meu comprometimento de
mobilização do Ponto Esquardo, uma vez que
nem me encaminharam para um perito oficial
desta e me indenizaram bem abaixo do médico
para os procedimentos do meu e meu Perícia
Médica para Operar e tratar a lesão permanente,
umus fardo por a fides que me encaminhe
a uma Perícia Médica (REANALISE) para corrigir
o erro cometido com meu diagnóstico e
pagar uma indenização justa de acordo com o
comprometimento do grau de lesões sofridas no
acidente.

No aguardo do pagamento de 12
afuados

Cidade Campos Pácor, (PI) 30/05/2018

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Assinatura da Vitima



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180182573 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, PROGNÓSTICO E EXAMES DE IMAGEM RAIOS X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM do médico: 52.34195-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Nelma de Oliveira Martins Freitas

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180182573 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT DA FORÇA EM MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT RESIDUAL DA FORÇA EM MÃO ESQUERDA

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DE 14/05/2018

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM do médico: 52.34195-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AUTÔNOMO	
RG: 0854691-6	Org. emissor: SSP/AM	D. Expedição: 05/01/2012	CPF: 218046723-00
Endereço: RUA DOUTOR MOURA		Nº: 641	Bairro: CENTRO
Cidade: CAMPO MAIOR	Estado: PI	CEP: 64280-000	

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: JOSE AUGUSTO ALVES PERES			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	Profissão: FOM. PUB. ESTADUAL	
RG: 28338914	Org. emissor: SSP/SP	D. Expedição: 17/10/2014	CPF: 226524003-63
Endereço: RUA BENJAMIN CONSTANTE		Nº: 622	Bairro: CENTRO
Cidade: CAMPO MAIOR	Estado: PI	CEP: 64280-000	

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO Acidente ocorrido em 28/01/2018.



data: Campo Maior 09.02.2018

ORIGINAL

DE SEGUROS

23 ABR 2018

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO, DO FE. EM TEST. DA VERDADE. CAMPO MAIOR-PI, 09/02/2018. EMB: 3,71 TJ: 0,74 Selos: 0,25 Total: R\$ 4,70 Selos: 02,207 (F110P5X)

MARIA THAYNARA ALMEIDA ARAUJO DE OLIVEIRA ESCRIVENTE AUT

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573

Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180182573**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12704317



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573

Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180182573**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12775673



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta nº: 12897036

A/C: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573
Vítima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Data do Acidente: 28/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

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: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000100160-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Nº Sinistro: 3180182573
Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Data do Acidente: 28/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180182573**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13034246



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

218.046.723-00

Nome completo da vítima

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO		CPF titular da conta 218.046.723-00	Profissão AUTOVOMÓ
Endereço RUA DR. HORA		Número 641	Complemento ASA
Bairro CENTRO	Cidade CAMPO MAIOR	Estado PI	CEP 64280-000
Email jaapere@bol.com.br			Telefone (DDD) 86-999618751

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (361)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

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

BANCO
Nome _____ NBR _____

AGÊNCIA
Nº _____ D/V _____
0616 13 100160 5
(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA
Nº _____ D/V _____
CONTA
Nº _____ D/V _____
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ORIGINAL
Campos/PI 09 de Fevereiro de 2018

Local e Data

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000196/2018-29

Unidade de Registro: 1º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Pedro Alves Da Silva Filho

Data/Hora: 02/02/2018 - 16:04

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2º DP DE CAMPO MAIOR

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

BR 343/ PRÓXIMO A REGIONAL DE SAÚDE, Nº:

Complemento

Data/Hora

28/01/2018 - 14:30

Bairro

SÃO LUIS

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ DE ACACIO ALVES FURTADO

Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Pat: RAIMUNDO GOMES RABELO

Endereço: RUA DR. MOURA, Nº 641

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

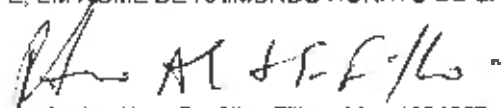
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

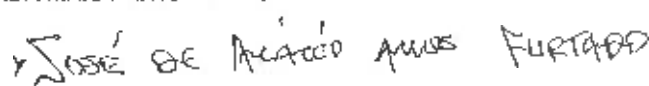
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU NESTA DELEGACIA PRA INFORMAR QUE NA DATA DE 28/01/2018 POR VOLTA DAS 14:30 HORAS A VÍTIMA ESTANDO A PILOTAR UMA MOTO INDO DO CENTRO DA CIDADE PRA O BAIRRO CIDADE NOVA, CAMPO MAIOR-PI E ESTANDO NA BR -343 PRÓXIMO A SECRETARIA REGIONAL DE SAUDDO SURGE ATRAVESSANDO A VIA UM ANIMAL (JUMENTO) E AO TENTAR DESVIAR PERDE O CONTROLE DA MOTO E VEM A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR-PI E É ATENDIDO PELA MÉDICA PLANTONISTA DRA. CAROLINA COELHO MELLO CRM - PI 6460 E APÓS EXAMES SE CONSTATA FRATURA NO PUNHO ESQUERDO E É SUBMETIDO A CIRURGIA. QUE A MOTO EM ANDAVA POSSUI OS SEGUINTE DADOS; CÓD. RENAVAM 01035004280, PLACA - PIC - 7865 CAMPO MAIOR-PI, CHASSI 9C6KE1930E0005740, COR VERMELHA. MARCA/MODELO YAMAHA/YBR 125 FACTOR E, EM NOME DE RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO. NADA MAIS A DECLARAR.


Pedro Alves Da Silva Filho - Mat. 1084267
AGENTE DE POLÍCIA


JOSÉ DE ACACIO ALVES FURTADO - Notificante
Responsável pela Informação

ORIGINAL

Delegado de Polícia

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: 23/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000100160-5

Nr. da Autenticação D772C438A45A8E62

Eletrobras
Distribuição de São Paulo

Para conferir com a
Sua leitura, informe
o número

0180459-6

CONSUMIDOR: 0180459-6
Endereço: Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP
Cidade: São Paulo - SP
CEP: 01000-000
Data de emissão da fatura: 01/01/2018
Data de vencimento da fatura: 02/02/2018

NP da Nota Fiscal: 000057584

A fatura foi emitida em conformidade com a Lei nº 11.073/2002
e a Resolução nº 466/2005 da ANEEL.

PERÍODO	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2018	10/01/2018	30	0,00

JOSEANE DA SILVA DAMASCENO
R. DR. MOURA 641 CENTRO CENTRO
CPF: 00005318517374
CEP: 64.280-000 - CAMPO MAIOR

ROI: 303.010.03.18.102402

DADOS DA LEITURA		DADOS DE PAGAMENTO	
Ativo	8336	Conta	03/01/2018
Anterior	8336	Anterior	01/12/2017
Consumo (kWh)	1,000	Anterior (R\$)	02/02/2018
Consumo (R\$)	0	Anterior (R\$)	03/01/2018
Consumo (R\$)	30	Anterior (R\$)	03/01/2018
Consumo (R\$)		Anterior (R\$)	

NINIMIO

33

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA					
Classe/Residência	Ligação	Unidade Particular	Posto	Código Pat.	Módulo 17 metros
RESIDENCIAL	MONO	A1044068		1.1.1.1	98

DEBITOS		DESCRIÇÃO DA CONTA	
DEZ/17	0	CONSUMO	30 A R\$ 0,613833 = 18,41
NOV/17	0	BONUS IMPORTE - LUZ POPULAR	18,41-
OUT/17	0	VALOR A PAGAR NA PROXIMA CONTA	0,94-
SET/17	66	PAGAMENTO DIFERENÇA FATURA ANT	0,94
AGO/17	95	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,81
JUL/17	11		
JUN/17	169		
MAY/17	190		
ABR/17	159		
MAR/17	182		

TARIFA 65M TRIELETRON
6 R 50 - R.50.352

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO
DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$ Informar os débitos já pagos, com valor de R\$

23 ABR 2018



Para contato com a
Eletrobras, consulte
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0183311-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual): 15.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Seguim respeito de Imposto Autorizado pela SEFAZ 05/08

Nº da Nota Fiscal 000520505

A Tarifa Social de Energia Elétrica - LSEE foi criada
pela Lei nº 70.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO 2018	15/02/2018	371	359,34

JOAQUIM PERES DE OLIVEIRA
R. BENJAMIN CONSTANT 622 S/C CENTRO
CPF: 000000000000000000
CEP: 64.288-800 - CAMPO MAIOR

ROT: 309.010.09.29.032800

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	19282	Atual: 13/01/2018
Anterior:	18911	Anterior: 13/12/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 12/02/2018
Constante Medida:	371	Emissão: 13/01/2018
Consumo Faturado:	371	Apresentação: 13/01/2018

Forma de Faturamento:	Código de Irregularidade:	Data de Consumo:
-----------------------	---------------------------	------------------

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	0000	000000000		000000	000

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
DEZ/17 382	CONSUMO 371 A R\$ 0,820571 = 304,46
NOV/17 445	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 42,05
OUT/17 398	CORRECAO MONETARIA IG 13/17-00 1,82
SET/17 426	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,51
AGO/17 332	JUROS DE MORA DE IMPO 11/17-00 3,50
JUL/17 371	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,66
JUN/17 348	
MAI/17 341	
ABR/17 234	
MAR/17 241	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 371 - R\$ 572,090

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
02/2018	02/2018	02/2018	02/2018	02/2018	02/2018

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
23 ABR 2018
DPVAT