

Audiências

Upload

Controle de

Tribunal de

PJE Acesso 1º

PJE Consulta pr

PJE 0800014-55

Sistema CN

Baixar o art

←

→

↺

↻

🏠

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=416498&ca=427a439a2ff50fe9045d3f484afad1cd5e511e...

☆

🛡️

🔍

🌐

⋮

Apps

Processo Virtual Na...

Administrativos

Portal do Advogado

Google

Nova guia

Meu INSS

[bb.com.br]

Zimbra: Movimenta...

PJE 1º

Publicações

PJE

ProceComCiv 0800014-55.2020.8.18.0039

EULALIO NETO DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO ...

🏠

✉️

📄

👤

☰

🔍

🔍

🔄

🔍

9078345 - CONTESTAÇÃO (2709181 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 01/04/2020 11:26:14

01 Apr 2020

⏮️ ⏪ ⏩ ⏭

12 de 10

🌟

🔍

📄

🔒

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

9078344 - CONTESTAÇÃO

9078345 - CONTESTAÇÃO (2709181 CONTESTACAO 01)

9078349 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2709181 CONTESTACAO Anexo 02)

9078350 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)

9078351 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))

9078355 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

11:26

2709181- CS/ 2020-01345/ INVALIDEZ



JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08000145520208180039

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf

protocolo.pdf

protocolo.pdf

protocolo.pdf

Exibir todos



PT 11:26 01/04/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08000145520208180039

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 **EULALIO NETO DA SILVA**, 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 **14/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/06/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/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.

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)

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190515884	Cidade: Barras	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: EULALIO NETO DA SILVA	Data do acidente: 14/04/2019	Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul		
PARECER				
Diagnóstico: TRAUMA FACE FRATURA DA TÍBIA DISTAL ESQUERDA				
Descrição do exame: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM DOR EM TORNOZELO E FÍSICO: EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 3, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR (LIMITADO A 30 GRAUS).				
Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO EM REGIÃO DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA SEM DANOS NEUROLÓGICOS DIAGNOSTICADOS.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO				
Sequelas: Com seqüela				
Data do exame físico: 16/09/2019				
Conduta mantida:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/04/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	20/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EULALIO NETO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05482-8

CONTA: 000000601666-9

Nr. Autenticação

BRADESCO200920190500000000023705482000000601666253125 PAGO

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.

⁴RECURSO 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.

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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

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

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.”

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

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:

- 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.

⁷art. 1º. (...)

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BARRAS, 24 de março de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 n.º 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 n.º 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 **EULALIO NETO DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BARRAS**, nos autos do Processo nº 08000145520208180039.

Rio de Janeiro, 24 de março 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

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190515884

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EULALIO NETO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190515884

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EULALIO NETO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: EULALIO NETO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005482-8

Conta: 000000601666-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190515884

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EULALIO NETO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

361.382.743-34 Eulalio nito da Silva

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

5 - Nome completo: Eulalio nito da Silva 6 - CPF: 361.382.743-34
7 - Profissão: lavrador 8 - Endereço: AV. Sinhazinha Correia 9 - Número: 223 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santinho 12 - Cidade: Barras 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.100-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86.99987.3093

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 5482 8 CONTA: 0601666 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
CENTRO DE RESOLUÇÃO DE SINISTROS
RUA CARLOS DE RESOLUÇÃO, 455 - JOIA C
CELESTINO WILSON - FONE: 84.002.420
CELESTINO WILSON - FONE: 84.002.420

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barras-PI 23/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190515884
Nome do(a) Examinado(a): Eulalio Neto da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Av Sinhazinha Correia, 223
Santinho Barras PI CEP: 64100-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1314318
Data local do acidente: [14/04/2019]
Data local do exame: [16/09/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA FACE
FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSINTESE COM IMOBILIZADOR EXTERNO DA TIBIA ESQUERDA
TRATAMENTO CONSERVADOR DA FACE
Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO
Data da Alta: 14/04/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 3, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR (LIMITADO A 30 GRAUS).

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
 CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000936/2019-65

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 18/06/2019 - 10:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

PI 212, KM 01, Nº:

Complemento

536182

Data/Hora

14/04/2019 - 11:40

Bairro

PAQUETÁ

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EULALIO NETO DA SILVA

RG: 1314318

Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA

Pai: GREGORIO VICENTE DA SILVA

Endereço: AV SINHAZINHA CORREIA, Nº 223

Bairro: SANTINHO

Cidade: BARRAS

Telefone(s): 86-9551-6814

Mandado: 000

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA 125 FAN

Condutor: EULALIO NETO DA SILVA

RG: 1314318 Órgão: UF RG:

End: AV SINHAZINHA CORREIA Número: 223 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: SANTINHO

Proprietário: ANTONIO CARLOS DE CARVALHO

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

2009 NIN4309

9C2JC4110AR565771

Renavam:

00188607307

Cor:

Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que foi vítima de acidente trânsito; QUE o noticiante estava pilotando a motocicleta descrita acima e ao tentar fazer um retorno a esquerda foi repentinamente colhido por uma outra motocicleta atingindo o noticiante que caiu e ficou lesionado; QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Barras e em seguida transferido para o HUT em Teresina onde passou por cirurgia. Era o que tinha a declarar.

Eduardo Silveira Costa - Mat. 2861763
AGENTE DE POLÍCIA

Eulalio Neto da Silva
EULALIO NETO DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



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

1059 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000936/2019-65

Delegado de Polícia



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 361.382.743-34 4 - Nome completo da vítima: Eulalio nito da Silva

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

5 - Nome completo: Eulalio nito da Silva 6 - CPF: 361.382.743-34

7 - Profissão: lavrador 8 - Endereço: AV. Sinhazinha Correia 9 - Número: 223 10 - Complemento:

11 - Bairro: Santinho 12 - Cidade: Barras 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.100-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86/99982.3093

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 5482 8 CONTA: 0601666 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cordeiro de Resende, 485 Loja C
Centro - Fortaleza - CE - CEP: 60.002-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barras, PI 23/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: USB DATA: 14/04/19

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Paquice

NOME DO PACIENTE: Paulo Neto do Silveira

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: _____

SAÍDA DO P.A.: 12:30 CHEGADA AO LOCAL: 11:40

SAÍDA DO LOCAL: 11:50 CHEGADA AO HOSPITAL: 12:15

- 01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03- ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
04- ☐ ENVENENAMENTO
05- ☐ AFOGAMENTO
06- ☐ QUEIMADURAS
07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO

SLT 12:21

CB 12:30

- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

- ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

- IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐



FALA:

- NORMAL ☐
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

- FORTE ☐
FRACO ☐
AUSENTE ☐
☐

SANGRAMENTO:

- AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☒
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL 120x40
PULSO 83
RESPIRAÇÃO 20

OBSERVAÇÕES: Acidente de trânsito com fraturas no
membrão inferior esquerdo

Acidente de trânsito

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR
☒ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- ☒ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☒ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

- ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: MAR C.M

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
PRAÇA MONSENHOR BOZON, 210
CNPJ: 06.553.564/0002-19 FONE: (86) 3242-1544
BARRAS-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: EULALIO NETO DA SILVA

CARTÃO DO SUS	CPF	IDENTIDADE
123 4591 9371 0005	391.382.743-34	1.314.318
DATA DO NASCIMENTO	PROFISSÃO	SEXO
22/05/1967		M
ENDEREÇO: AV SINHAZINHA CORREIA	NÚMERO: 223	
TELEFONE	MUNICÍPIO	ESTADO
99551-6814	BARRAS	PI
BAIRRO: SANTINHO	CEP:	

FILIAÇÃO

PAI: GREGORIO VICENTE DA SILVA

MÃE: MARIA EVARISTA CORREIA

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO
14/04/19

HORA: :

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente apresenta ~~fratura~~ ~~trauma~~ ~~em~~ ~~do~~ ~~refere~~
algia em MID, fratura exposta SIC, acidente
motociclístico. Nega HAS, DM e alergia me-
dicamentosa. Alcoolizado

GL: 133 mg/dL
PA: 120 x 90 mmHg
TP°C:
STO2: 93%
F.C: 123 bpm
P:

DIAGNÓSTICO

Queixa de dor no abdômen, trauma no MIE. Fratura exposta?
Sem TCC. Exame físico: 15. Nega dor no membro
superior direito. Exame físico: 15. Nega dor no membro

TRATAMENTO REALIZADO

- 1- KLOFENOL 75 - 1AMP, EV 13:35
- 2- TRAMAL 100 - 1AMP + 100ml SF 997; EV 17:30
- 3- Paracetamol - 1AMP + 100, EV 13:42

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|
| () CONSULTA BÁSICA CURATIVO | () AEROSO | () RETIRADA DE PONTO |
| () DRENAGEM DE ABCESSO | () PRESSÃO ARTERIAL | () RAIOS X |
| () RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | () SUTURA CIRÚRGICA | () MOBILIZAÇÃO |
| () PEQUENA CIRURGIA | () ECG | |

DATA

14/04/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Eulalia Maria Correia

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EULALIO NETO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05482-8

CONTA: 000000601666-9

Nr. Autenticação

BRDESCO2009201905000000000023705482000000601666253125 PAGO

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	03-06-2019	127	126,72

MARIA EVARISTO CORREIAS
AV. SINHAZINHA CORREIA 2558 223 SANTINHO
CPF: 00080454232349
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 319.313.19.33.492600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	27927	Atual:	27/05/2019
Anterior:	27800	Anterior:	26-04-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26-06-2019
Consumo Medido:	127	Emissão:	24-05-2019
Consumo Faturado:	127	Apresentação:	27-05-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posta	Código Fz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A391490		1.1.1.1	116

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
ABR/19 114	CONSUMO 127 A R\$ 0,868645 = 110,31
MAR/19 115	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 11,88
FEV/19 122	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 1,38
JAN/19 102	MULTA POR ATRASO 03/19-00 1,99
DEZ/18 109	JUROS POR ATRASO 03/19-00 1,16
NOV/18 131	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,10
OUT/18 144	
SET/18 124	
AGO/18 113	
JUL/18 113	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 127 - 0,624019

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11-05-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
04/2019	112,60	

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	23,20	Base de Cálculo:	110,31	86,04	
Energia:	44,79	Alíquota ICMS:	22,00%		
Transmissão:	7,57	Valor do ICMS:		24,26	
Encargos:	3,70	Valor do PIS:	1,40%	1,21	
Tributos:	31,05	Valor do COFINS:	6,49%	5,58	
INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	DIC	FIC	PMIC	DICR	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Limite	7,27	14,53	29,06	3,86	7,73
Realizado	0,00			0,00	
Condição	CAMPO MAIOR		03/2019		40,12

ROT: 319.313.19.33.492600

83680000001 7 26720017000 4 000000000365 7 14100519008 9



SEQ.: 00121 UC: 0365141-0 DT. LEIT.: 27/05/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 27927 NORMAL TOTAL: 126,72 CARGA: 002
DT. VENC.: 03-06-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1361

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

86/99982.3093

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO
0957468-9

Nº da Nota Fiscal 023681024

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

JUNHO/2019

VENCIMENTO 10-07-2019

CONSUMO (kWh) 539

TOTAL A PAGAR (R\$) 550,42

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344

DIGITO 64-000-000 - TERESINA

Atual:
Anterior: 13561
Constante de Multiplicação: 13022
Consumo Medido: 1,000
Consumo Faturado: 539
Forma de Faturamento: Carga de Irregularidade FCAM

DATAS DA LEITURA
Atual:
Anterior: 26/06/2019
Próxima Leitura: 27-05-2019
Emissão: 26-07-2019
Apresentação: 25-06-2019
Dias de Consumo: 26-06-2019

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse Ligeira Número Medidor Poste Código Fat. Média 12 meses

RESIDENCIAL
Mês/ano consumo

TRI D176626 DESCRIÇÃO DA CONTA 1.1.1.3 558

MAI/19	538	CONSUMO 539 A R\$ 0,917172 =	494,35
ABR/19	500	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	39,88
MAR/19	418	CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00	3,37
FEV/19	506	MULTA POR ATRASO 04/19-00	9,16
JAN/19	526	JUROS POR ATRASO 04/19-00	3,66
DEZ/18	455	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,69	
NOV/18	595		
OUT/18	597		
SET/18	636		
AGO/18	632		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 539 - 0,616643

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano 05/2019 Valor R\$ 553,67
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11-07-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	8912.EA65.27D3.30EF.C4B5.09DC.5C6B.13C2			Base de Cálculo:			
Energia:				Alíquota ICMS:			
Transmissão:	97,20			Valor do ICMS:	494,35	360,87	
Encargos:	187,86			Valor do PIS:	27,00%		
Tributos:	31,77			Valor do COFINS:		133,47	
	15,55			INDICADORES DE CONTINUIDADE			
	161,97			FIC	1,40%	5,08	
					6,49%	23,42	
		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite							
Realizado							
Conjunta	5,31	10,63	21,25	3,11	6,22	12,45	3,03
	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00

TERESINA-MACAUBA

equatorial
ENERGIA

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

04/2019 176,70
TOTAL A PAGAR - R\$

0957468-9
MÊS FATURADO

550,42
VENCIMENTO

06/2019

10-07-2019

Nº da Nota Fiscal:

023681024 FCAM

83610000005 5 50420017000 0 00000000957 1 46890619008 6



SEQ.: 00044 UC: 0957468-9 DT.LEIT.: 26/06/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 13561 NORMAL TOTAL: 550,42 CARGA: 032
DT.VENC.: 10-07-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2351

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 COAF².

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 Maria do Carmo Proudomio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Eulalio Neto da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.382.743 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Eulalio Neto da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.382.743 / 34, 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>Rua Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vermelha</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64019-330</u>	Tel.(DDD): <u>86</u> <u>99405-11326</u>

Local e Data: TERESINA-PI 23/07/2019

Maria do Carmo Proudomio da Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Antonio Carlos de Carvalho

RG nº 922.723, data de expedição 07/10/86,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 340.048.743-00,

com domicílio na cidade de Barras, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. Sinhazinha Correia, nº 2558,

complemento Santinho, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Eulálio nito da Silva, cujo o condutor era

Eulálio nito da Silva

Veículo: moto Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano: 2009

Placa: NIN-4309 Chassi: 9C27CU110AR565771

Data do Acidente: 14/04/19



Local e Data: Barras-PI 18/06/2019

Antonio Carlos de Carvalho

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CNPJ: 06.842.751/0001-31 - CNS: 146320

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE ANTONIO CARLOS DE CARVALHO, EM TEST. de DA VERDADE. DOU FÉ. BARRAS. 18/06/2019 08:54:15

Isadora Pacheco Fortes Silva
ISADORA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE
Empol. R\$ 3,95 TJ R\$ 0,17 MP R\$ 0,10 Sel: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,48



Isadora Pacheco Fortes Silva
E SCRIVENTE



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: USB DATA: 04/04/19

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Parque

NOME DO PACIENTE: Paulo Roberto da Silva

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: _____

SAÍDA DO P.A.: 11:30 CHEGADA AO LOCAL: 11:40

SAÍDA DO LOCAL: 11:50 CHEGADA AO HOSPITAL: 12:15

- 01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03- ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
04- ☐ ENVENENAMENTO
05- ☐ AFOGAMENTO
06- ☐ QUEIMADURAS
07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO

Slz 12-21
CB 12-30

- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
13- ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

- ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

- IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐



FALA:

- NORMAL ☐
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

- FORTE ☐
FRACO ☐
AUSENTE ☐
☐

SANGRAMENTO:

- AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☒
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL: 120x40
PULSO: 63
RESPIRAÇÃO: 20

36.0

OBSERVAÇÕES: Acidente de trânsito com fraturas nos
membranos e fratura exposta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| ☐ ASPIRAÇÃO | ☒ PRANCHA LONGA | ☐ OUTROS |
| ☐ OXIGÊNIO | ☐ PRANCHA CURTA | |
| ☐ REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR | ☐ KED | |
| ☒ CURATIVOS | ☒ COLAR CERVICAL | |
| ☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES | ☐ ASSIST. OBSTÉTRICA | |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ MELHORADO | ☐ ÓBITO: |
| ☐ PIORADO | ☐ ANTES DO SOCORRO |
| ☐ INALTERADO | ☐ ANTES DO TRANSPORTE |
| | ☐ NO TRANSPORTE |

HOSPITAL DE DESTINO: HR C.M

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: EULALIO NETO DA SILVA

CARTÃO DO SUS	CPF	IDENTIDADE
123 4591 9371 0005	391.382.743-34	1.314.318
DATA DO NASCIMENTO	PROFISSÃO	SEXO
22/05/1967		M
ENDEREÇO: AV SINHAZINHA CORREIA		NÚMERO: 223
TELEFONE	MUNICÍPIO	ESTADO
99551-6814	BARRAS	PI
BAIRRO: SANTINHO		CEP:
FILIAÇÃO		
PAI: GREGORIO VICENTE DA SILVA		
MÃE: MARIA EVARISTA CORREIA		

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: 14/04/19
HORA: :

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente apresenta ~~fratura~~ em dedo refere
algia em MID, fratura exposta SIC, acidente
moto ciclistico. Nega HAS, DM e alergias me-
dicamentosas. Alcoolizado

GL: 113 mg/dL
PA: 120 x 90 mmHg
TP°C:
STO2: 93%
F.C: 123 bpm
P:

DIAGNÓSTICO

Fratura de metacarpo, trauma no MIE. Fratura exposta?
Sem TCC. ECG - mi 15. Não deve manusear
garoto como X. Sumário no hospital - 14/04/19

TRATAMENTO REALIZADO

1. KNOFENOL 75 - 1AMP @ 13:35
2. TRAMAL 100 - 1AMP + 100ml SF 997, EV 10:30
3. Rompidol - 1AMP + 100, EV 13:42

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|
| () CONSULTA BÁSICA CURATIVO | () AEROSO | () RETIRADA DE PONTO |
| () DRENAGEM DE ABCESSO | () PRESSÃO ARTERIAL | () RAIO X |
| () RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | () SUTURA CIRÚRGICA | () MOBILIZAÇÃO |
| () PEQUENA CIRURGIA | () ECG | |

DATA
14/04/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Assinatura do paciente ou responsável



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Eulálio Neto da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508407

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Handwritten: N.º 1504/19
ORTOPEDIA
Bucco

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EULALIO NETO DA SILVA		Prontuário: 508407	
Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA	Pai: GREGORIO VICENTE DA SILVA		
End. Resid.: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000			
Nascimento: 22/05/1967	Idade: 51a10m23d	Sexo: Masculino	Fone: 15-99601-9828
Responsável: LAICIO RODRIGUES DA SILVA	CNS: 708600566979785		
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 1314318 - SSP PI		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 717010	Entrada: 14/04/2019 20:33:19	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp):	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Fratura exposta	EXAME: Crânio DATA: 14/04/19 às 21:21	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: Paciente regulado de Barras - PI com fratura exposta em perna E após acidente de moto há 8h SIC. Nega alergias e comorbidades.			JAIRO JOSÉ DE MOURA NETTOSA COREM 209683 PI Em: 14/04/2019 20:48:36

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
---------------	----------------	-----------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Pct vítima de acidente motociclistico, há 8 horas, com uso de capacete. História de náuseas, vômitos. Nega perda de consciência, otorragia e rinorragia.

A: Vias aéreas pervias, pct fásico, sem colar cervical e prancha rígida;
B: AP: MV+ bilateralmente, sem RA, expansibilidade preservada; SaO2= 99%
C: AC: BNF, RR em 2T, sem sopros; Abdomen indolor, sem sinal de peritonite; Pelve estável; Hemodinamicamente estável. Pulso 100 bpm
D: ECG = ; Pupilas isocóricas e fotorreagentes;
E: escoriações em cotovelo direito e membro inferior esquerdo imobilizado

Diagnóstico Inicial:

?

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RAIO X REALIZADO

14/04/19

Técnico: [assinatura]

CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Handwritten: Do Centro Cirúrgico

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 14/04/2019 21:03:58

Handwritten: Fátima Brito
MEDICA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Eulálio Neto da Silva</u>		PRONTUÁRIO <u>508407</u>
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>		LEITO <u>235/247</u>
À CLÍNICA <u>Cardiologia</u>		
MOTIVO DA CONSULTA <u>- Avaliar risco cirúrgico</u>		
DATA: <u>15/04/19</u> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 04 SET 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI <u>Carla Maria C. M. M. M.</u> CRM 3415-PI CRM 603-MA		
ASS. MÉDICO CONSULTANTE		
PARECER <u>Paciente 51 anos, sem comorbidades.</u> <u>Nega uso de medicações.</u> <u>Assintomática cardiovascular.</u> <u>LAB: OK</u> <u>ECG: RS, ADRV</u> <u>Apresenta baixo risco cardiovascular diante do procedimento proposto.</u>		
Dr. Hermano Pinheiro Cardiologia / Clínica Médica CRM-PI: 4202		

DATA: ____/____/____

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

NOME <u>Gláucia Neta da Silva</u>		IDADE <u> </u> anos		DATA <u>14/04/2019</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>23</u> hs <u>50</u> min		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		CIRURGIÃO <u> </u>	
CIRURGIA REALIZADA <u> </u>		CIRURGIÃO <u> </u>		CIRURGIÃO <u> </u>	
SINAIS VITAIS		HORÁRIO		CIRURGIÃO	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		ADMISSÃO		SAÍDA	
FREQÜÊNCIA CARDÍACA (bpm)		87/148		100x60	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)		93		70	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		98%		100%	
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA		Ana Paula			
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 04 SET 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lapa II Centro - Rio de Janeiro - RJ Teresina					
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK					
ATIVIDADE SCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	1	1
	Tem apnéia	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO					
ESCALA DE DOR					
() Sonda Vesical		() Dreno de Sucção		() Dreno Torácico	
() DVE		() Colostomia		Sonda () Nasog () Nasoe	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:					
23:50 - Pte admitido na GRPA em POS de Fratura de tíbia @. sob efeito de raqui-anestesia consciente, orientado, fãss, eupneico e O ₂ . HV em curso. Alas hipotensas, demais SSN estáveis.					
Cristiane Tiburcio de Mello Ferreira COREN - PI 149441 ENFERMEIRA					
Marcos Crisanto Anestesiologista CRM-PI 3081 / CRM-MA 7290					
1404 19					
ALTA SRPA					
HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA					
CAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()					
STO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () TORT () NEU () CIR () MÉD					

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/04/19

NOME DO PACIENTE: Eulálio Neto da Silva	PRONTUÁRIO Nº: 508907
DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur	CIRURGIA: Fixação intramedular
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Yuri	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: Dr. Marcos Brisante	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Conceição	CPF Nº: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Teresina - PI
CNPJ: 04.002.470/0001-91

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 740715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE Nº 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Drapon	UN	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Raquel			
PROLENE							

14
Assinatura do Médico Responsável
Márcio José da Silva
SUS - FHT
CONFERE COM O ORIGINAL



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Eulálio Neto da Silva

Sala:

Alergia: NBGAData: 14/04/19

Procedimento:

Fratura exposta de tíbia Esp.

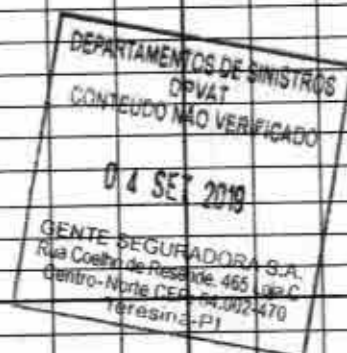
Cirurgião:

Yuri Sivago

Observações:

Agentes		Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1	midazolam		2,5 + 2,5 mg														
2	Prop. O.S.P.		20 mg														
3	morfina 1%		100 mg														
4	cefazolina		2G														
5	zanitidina		50 mg														
6	dexametasona		8 mg														
7	dipirona		2g														
8	cetoprofeno		100 mg														
9	Plavix		100 mg														
	Glucose 50%		10g														
11																	
12																	
13																	
	Oxigênio																
	AR/N2O																
	Volatil	%															

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI



Acesso Vascular

- ☒ Periférico
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: DDH

SPO2 (%)	99-97-97-97-97		
ETCO2 (mmHg)			
SF	500 ml	500 ml	
Aces. Venoso			
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia: Monitorização, Autodo, ara, punções lombares mediana em L2-L3 com ag. 27G, 3ª tentativa, LCR cristalino, injeção de AL + opioide. Sem interferências.

Marcus Crisanto
Anestesiologista
CRM-PI 5081 / CRM-MA 7296

Anestesiologista



Braga & Braga

Importação e Exportação

0329

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ: 63607790000198		
FABRICANTE:		CNPJ:		
PACIENTE: <i>Prontuário: 508407.</i>		CNPJ:		
RG.HOSPITAL: <i>KUT.</i>		COD.SIG TAP: <i>0702030406.</i>		
DATA: <i>14/04/19</i>		USADO:		
PROCEDIMENTO: <i>fratura de tibia</i>		USADO:		
MEDICO: <i>Dr. Yuri Guago</i>		CPF:		
Produtos Utilizados/Implantados:		CRM:		
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD

01 Fixador Externo

01

ORCOSINTERE IND. E COM. LTDA
Rm: 474/00 Lote: 18F 005248
FIXADOR LAY FIX Q/ BARRA 350
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
Registro ANVISA: 10228710005

Vol. 02/17/2019

ENTERO R
02/12/2018

Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0501828973

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: *14/04/19*

Responsável pela Farmácia

Francisco
responsável pelo Preenchimento



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

236992

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **EULALIO NETO DA SILVA**

6 - Prontuário: 508407

7-CNS: 708600566979785

8-Nascimento: 22/05/1967

9-Sexo: **Masculino**

RG: 1314318- SSP PI-Exp:

11-Mãe: **MARIA EVARISTA CORREIA**

12-Fone: 15-99601-9828

13-Resp: **LAICIO RODRIGUES DA SILVA**

14-Fone: 15-99601-9828

15-End: **RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000**

16-Munic: **BARRAS**

17-Cod. IBGE: 220120

18-UF: **PI**

19-CEP: 64100-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408050500

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030406

32 - Descrição do Procedimento Especial:

FIXADOR EXTERNO LINEAR

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:

YURI JIVAGO FELIX

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

14/04/2019

40-No.Doc. Méd. Solic.:

001.663.217-61

41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Soluto fratura da tíbia
e tibia 9 litra tuba*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

800414
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CPF: 1288-015 47026395120001

(SOLIMAR BRITO)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE EULALIO NETO DA SILVA Nº PRONT 08407 Nº LAUDO 0236992

- ☐ ALTA HOSPITALAR
- ☒ PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- ☐ PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- ☐ PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- ☐ PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- ☐ PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
- ☐ TRANSFERÊNCIA
- ☐ EVASÃO
- ☐ ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO


Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3531
Diretor Técnico - HUT

DATA: 17.04.19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR


Aureo Raimundo Alves
CRM - 35147
Diretor Técnico - HUT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 196523

AIH: 2219100264579

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

123459193710005

NOME DO PACIENTE

EULALIO NETO DA SILVA

NASCIMENTO

22/05/1967

SEXO

M

PRONTUÁRIO

508407

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

8694091497

NOME DA MÃE

MARIA EVARISTA CORREIA

RESPONSÁVEL

LAECIO RODRIGUES DA SILVA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

AV. SINHAZINHA CORREIA

NÚMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

CENTRO SUL

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

BARRAS

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA, APÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ 10 HORAS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - FRATURA DA DÍFISE DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DÍFISE DA TÍBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

14/04/2019

YURI RIVAGO FELIX

CPF: 00166321761

CRM:

DATA ADMISSÃO

14/04/2019 20:33

DATA ALTA

17/04/2019 16:26

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ

CPF: 20171471334

CRM:

DATA ANÁLISE: 15/04/2019 08:20:36

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		Eulálio Neto da Silva	
Diagnóstico pré-operatório		Fratura do fêmur - E	
Operação - Tipo		Lom / fixação interna do fêmur - E	
Cirurgião	1º Assistente	Dr. Yuri	
2º Assistente	3º Assistente	Yuri Augusto Félix Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 22038	
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia	Dr. Marcos Brito / Raquel
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
14.04.19			
Diagnóstico Pós-operatório		013040178 - T009 + 0408050500 - 5822 fixador	
Relatório Imediato do Patologista		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO. 04 SET 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Anestesia + atropina m I.E.
- 2) Inspeção + identificação da fratura do fêmur da tuba e fíbula E - Lom por a poro fratura exclusivamente (sem) fratura anterior e lateral fêmur E
- 3) Redução + tração interna do fêmur E (manobra) -
- 4) fechamento da ferida.
- 5) curativo.

Yuri Augusto Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 22038

Emilio Nto de Silva
55 años
DN: 22-05-67
DATA: 25-04-53

LIBRERIA N. 25

07K

VI

VA

08

07K

VI

VB

08

07K

VI

VB

08

III

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTENIDO NO VERIFICADO
04 SET 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
R. 1000, 1000, 1000, 1000, 1000
Caracas, Venezuela C.A. 1000, 1000, 1000, 1000, 1000



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código de Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	2369

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EULALIO NETO DA SILVA			6 - Prontuário: 508407	
7-CNS: 708600566979785		8-Nascimento: 22/05/1967		9-Sexo: Masculino
1-Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA		RG: 1314318- SSP PI-E		
3-Resp: LAICIO RODRIGUES DA SILVA		12-Fone: 15-99601-982		
15-Ende: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000		14-Fone: 15-99601-982		
16-Munic: BARRAS		17-Cod.IBGE: 220120		18-UF: PI
		19-CEP: 64100-000		

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proc.Anterior 0408050500	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
21-Cod. Mudança Proced. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
27-CID Prin: 26-Diagnóstico: ?	28-CID Sec.: 29-CID C.A.S

38-Profissional Responsável: YURI JIVAGO FELIX	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass.Carimbo Med.Édi. (CRM)
39-Data Solicitação: 14/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 001.663.217-61	42-Ass.Carimbo Med.Édi. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em tibia E, realizado tto cirúrgico: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA 0408050500 S822.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria:	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 0201-79 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CNS 17026395120001 Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(ANA QUEIROZ)



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

236992

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

196523

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

236992

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EULALIO NETO DA SILVA

6 - Prontuário: 508407

7-CNS: 708600566979785

8-Nascimento: 22/05/1967

9-Sexo: Masculino

RG: 1314318 - SSP PI

1-Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA

12-Fone: 15-99601-9828

2-Resp: LAICIO RODRIGUES DA SILVA

14-Cor: Parda

3-Endereço: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000

16-Munic: BARRAS

17-Cod. IBGE: 220120

18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

fratura da tíbia e fêmur
de Trauma HCS ± 10 Horas

21 - Condições que justificam a internação:

1/2 fêmur

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim: 8822

25-CID Sec:

26-CID Terc:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Tempo SUS: 4

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

31-Docum.:

32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

YURI JIVAGO FELIX

34-Data Solicitação:

14/04/2019

35-Ass. Carimbo Med. Spl. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOK:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

F. Lacerda Rodrigues da Silva

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 717010

Consulta SUS:

Impressão: 14/04/2019 23:14:14

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PIYuri Jivago Felix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 230830/04/19
Marcondes Martins S. Moura
Médico Assistente - FMS - Teresina
CRM-PI 1250 - CNS 17026395120001
Carimbo (Rg. Conselho)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Emiliano Neto da Silva IDADE _____ anos DATA 17/04/2011
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17hs 25 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>103x62</u>	<u>103/76</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>60</u>	<u>62</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>milene</u>	<u>laquel</u>



ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1
	Tem apnéia	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Escala de Dor ALTA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TOTAL 09

ASS. CRISTIANE NUNES DA SILVA

COORDENADOR ENFERMAGEM

10

maior

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Naso
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17:35 - Paciente admitido na SRPA, em POI de fratura de TN3 (E)
sob efeito de sedação anestésica consciente, orientado, tranquilo, com
neócio, SI O₂. HV em curso SSW estáveis

CRISTIANE NUNES DA SILVA

COORDENADOR ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

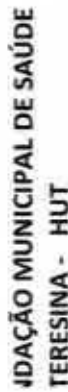
2351247

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () MORT () NEU () CIR () MÉD



UNIDADE DE SAÚDE:

MÉDICO / CRM:



HOSPITAL DE GÊNE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
EULALIO NETO DA SILVA		508407	22/05/1967	51	Ortopédica	247	235	
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 14/04/2019	18/04/19	FRAT TIBIA E						
		1 Dieta oral livre						
		2 Jelco salinizado						
		3 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6hs						
		4 Omeprazol 40mg 1comp VO 1xdia						
		5 Tramadol 100mg 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
		6 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
		7 clexane 40mg 1amp SC 1XDIA						
		8 Curativos diários						
		9 Cuidados gerais e sinais vitais						
								

Dr. Jordania Cronembregger / Dr. Yuri Ivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo Roberto Pessoa Filho
 Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

23/1/9

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Laudo 197417

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	237179

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EULALIO NETO DA SILVA	6 - Prontuário: 508407
7-CNS: 708600566979785	8-Nascimento: 22/05/1967
9-Sexo: Masculino	RG: 1314318 - SSP PI
11-Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA	12-Fone: 15-99601-9828
13-Resp: LAICIO RODRIGUES DA SILVA	14-Cor: Parda
15-Endereço: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000	
16-Munic: BARRAS	17-Cod. IBGE: 220120
18-UF: PI	19-CEP: 64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Vorazidade com Jx do Tórax e Bilechela e Jx do abdômen</i>	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 04 SET 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cosmo de Resende, 465 Lq. C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
21 - Condições que justificam a internação: <i>Verificada de TIO Causado</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Aspirado - Enteroflex + Jx</i>	
23-Diagnóstico Inicial: (Informação Posterior)	24-CID-Prim: 25-CID Sec: 26-ETD C.Acc:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	Tempo SUS 9999
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: 342.177.383-15	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: DURVAL TERCIO NUNES LEAL	34-Data Solicitação: 17/04/2019	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ☐ Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- ☐ Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOE:
38- ☐ Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:	☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documeto: ☐ CNS ☐ CPF	49-Num. Documento:
50 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>[Assinatura]</i>	Usuário: (MARIA BATISTA) Consulta Local: 717012 Consulta SUS: Impressão: 17/04/2019 16:24:29

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 197417 AIH: 2219100274149
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 123459193710005	NOME DO PACIENTE EULALIO NETO DA SILVA	NASCIMENTO 22/05/1967	SEXO M	PRONTUÁRIO 508407
DOCUMENTO CPF 8694091497	TELEFONE 8694091497	NOME DA MÃE MARIA EVARISTA CORREIA	RESPONSÁVEL LAECIO RODRIGUES DA SILVA	
CEP AV. SINHAZINHA CORREIA	ENDEREÇO - LOGRADOURO AV. SINHAZINHA CORREIA			NUMERO / LOTE S/N
BAIRRO CENTRO SUL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO BARRAS	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA. APÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO HA 10 HORAS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS):
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) DURVAL TERCIO NUNES LEAL CPF: 34217738315 CRM:	
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 17/04/2019	
DATA ADMISSÃO 17/04/2019 16:26	DATA ALTA 18/04/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
----------------------	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	--------------------------

AUTORIZAÇÃO**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 87939400363 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA MIRIAM NEVES DA SILVA CPF: 34217738315 CRM:
DATA ANÁLISE: 17/04/2019 16:50:17	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Eulálio Neto da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fx de tornozelo e Bimodular + Fx de d. l. de E.</i>		
Operação - Tipo <i>Amputação de tornozelo e Bimodular + Fixação de joelho de E.</i>		
Cirurgião	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Raquel</i>	Anestesista <i>Eduardo</i>	Anestesia <i>Raquel</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>17/04/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		<i>0108050300 5822</i> <i>↳ fixador</i> <i>0108050797 - 5826</i> <i>↳ para fuso</i>
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob coxim pneumático.
- 2) Anestesia + antiseptico + limpeza da pele e tornozelo.
- 3) Anestesia do membro inferior.
- 4) Redução da fratura + Fixação com fio intramedular.
- 5) Anestesia do membro inferior distal.
- 6) Redução da fratura + Fixação com fios finos paralelos.
- 7) Fixação de d. l. de E. com fios finos distais.
- 8) Suturas.
- 9) Curativo.

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 1704, 19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRURGICO E OBSTETRICO	
NOME DO PACIENTE: <i>Eulálio Neto do silve</i>	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <i>Razul</i>	Nº DA SALA: <i>06</i>
CIRURGIÃO: <i>Dival</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <i>Eduardo</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Razul</i>	CPF Nº:

DEPARTAMENTOS DE SIN
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFI
04 SET 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Cont...

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL DE CONSUMO							
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 310	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Atoduro de epom	unid	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	 CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOPL Algoda 5 2	UNID	01					
MONONYLON 2-0	UNID	05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Shirley</i>			
PROLENE							



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Carlos W. L. da Silva

Sala:

Alergia: NãoData: 12/07/19Procedimento: Exatometria de sangue suprapúbica + Cefal

Cirurgião:

Observações:

Agentes	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Propofol</u>	<u>15 mg</u>											
2 <u>Midazolam</u>	<u>5 mg</u>											
3												
4 <u>Fentanyl</u>	<u>25 mcg</u>											
5 <u>Atropina</u>	<u>1 mg</u>											
6 <u>Epinephrine</u>	<u>1 mg</u>											
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
Oxigênio	<u>2</u>											
AR/N2O												
Volatil	%											



Acesso Vascular

- ☒ Periférico NA
- ☐ Cat. Venoso NA
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- ☐ Gastos cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
- ☐ IOT n°
- ☐ LMA n°

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☐ PANI
- ☐ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: DD

SPO2 (%)	<u>100 100 100 100 100 100 100 100 100 100</u>
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	<u>100 100 100 100 100 100 100 100 100 100</u>
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia:

BSA: 1,6 m², 60 kg, 1,70 m, 1,70 m, 1,70 m, 1,70 m, 1,70 m, 1,70 m, 1,70 m, 1,70 m
Quanto, CVP, Symp, injeção intratecal em 10ml

Dr. Eduardo Ramos
Anestesiologista
CRM 14990

Anestesiologista



Braga & Braga

Importação e Exportação

0410

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE :		CNPJ:	
PACIENTE: EULALZO NETO DA SILVA		COD.SIG TAP:	
RG.HOSPITAL: 237279		USADO: 17/04/19	
DATA: ALTA:			
PROCEDIMENTO: 0404050500 + 0408050497		CRM:	
MEDICO: DR. DURVAL		CPF:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	Serie Lote	QTD

ORTOSINTERE IND. E COM. LTDA Rm. 4247/00 Lote 186/005248 FIXADOR LAY FIX O2 BARRA 250 FIXADOR EXTERNO LAYFIX Registro ANVISA: 18223710095	Val. 00/07/2019	ENTRADA R 00/07/2019
---	-----------------	-------------------------

PARAF. ESPONJOSO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 04 SET 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 463 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
--

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: ____/____/____

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

2-CNES
5828856

4-CNES
5828856

Código da
Internação

23717

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **EULALIO NETO DA SILVA**

6 - Prontuário: **508407**

7-CNS: **708600566979785** 8-Nascimento: **22/05/1967** 9-Sexo: **Masculino** RG: **1314318- SSP PI-Ex**

11-Mãe: **MARIA EVARISTA CORREIA** 12-Fone: **15-99601-9828**

13-Resp: **LAICIO RODRIGUES DA SILVA** 14-Fone: **15-99601-9828**

15-Endere: **RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000**

16-Munic: **BARRAS** 17-Cod. IBGE: **220120** 18-UF: **PI** 19-CEP: **64100-000**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

29-Cod.Proced.Princip. **0408050500** 30 - Procedimento Principal / Descrição:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

31-Cod.Procedi-
mento Especial **0702030406** 32 - Descrição do Procedimento Especial:
FIXADOR EXTERNO LINEAR

Quant. Soli-
cidada: **1**

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:
DURVAL TERCIO NUNES LEAL

40-Tp. Documento:
CPF

40-No.Doc. Med. Solic.:
342.177.383-15

39-Data Solicitação: **17/04/2019**

41-Data Autorização: **17/04/2019**

42-CNS/CPF:
428915 JECI 13135

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Exame de laudo de fratura de tibia e fêmur com
uso de fixador externo.*

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:
DURVAL TERCIO NUNES LEAL

47-Data Autorização:
17/04/2019

48-CNS/CPF:
428915 JECI 13135

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:
17/04/2019

52-CNS/CPF:
428915 JECI 13135

53-Assessoria Técnica (URCA/ENF):
Assessoria Técnica (URCA/ENF)
CNS: **980016282384**

54-Assessoria Técnica (URCA/ENF):
Assessoria Técnica (URCA/ENF)
CNS: **980016282384**



Dr. Mariléa da Silva Leal
Assessoria Técnica (URCA/ENF)
CNS: **980016282384**



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

2-CNES

5828856

Código de
Internação

4-CNES

5828856

237179

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: **EULALIO NETO DA SILVA**

6 - Prontuário: 508407

7-CNS: 708600566979785

8-Nascimento: 22/05/1967

9-Sexo: Masculino

RG: 1314318- SSP PI-Exp

11-Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA

12-Fone: 15-99601-9828

13-Resp: LAICIO RODRIGUES DA SILVA

14-Fone: 15-99601-9828

15-End: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000

16-Munic: BARRAS

17-Cod.IBGE: 220120

18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

1-Cod.Proced.Princip.

0408050497

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALÉOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030724

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM

Quant. Soli-
cidada:

2

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

38-Profissional Responsável:

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

17/04/2019

40-No.Doc. Med. Solic.:

342.177.383-15

M. Celso Amorim
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3013 TEOT.13135

41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CSH)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Exente exceto fr de Joelho e Bimaléol

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

17 MAR 2019

53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Dr. Mariléa da Silva Leal
Assessora de Auditoria (ORCAA/FME)
RM - PI 2005 - CPF: 804.175.743-7
CNS: 980162817334
(KARLA BATISTA)



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EULALIO NETO DA SILVA** (Prontuário: 508407)
Endereço: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 22/05/1967 Idade: 51a10m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 717010
Requisição: 943147 Solicitação: 14/04/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1194968 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/04/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

OBS: FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0726859

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.314.318 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/05/16

NOME EULALIO NETO DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA EVARISTA CORREIA
GREGORIO VICENTE DA SILVA

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 22/05/1967

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 594 L 02 F 289

CPF EXP BARRAS-PI 18/11/13

TERESINA 361.382.743-34

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
361.382.743-34

Nome
EULALIO NETO DA SILVA

Nascimento
22/05/1967

CÓDIGO DE CONTROLE
7983.A11A.B0F9.F04F

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:12:51 do dia 27/08/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **361.382.743-34**

Nome: **EULALIO NETO DA SILVA**

Data de Nascimento: **22/05/1967**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **15:36:14** do dia **02/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **9D97.E46E.4786.D536**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

NOME
MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
1457994 SSP PI

CPF
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
10/09/1971

FIHAÇÃO
LUIZ PROCEDOMIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CATRAB
B

Nº REGISTRO
02851011130

VALIDADE
15/12/2022

P. HABILITAÇÃO
29/04/2003

OBSERVAÇÕES
A

Maria do Carmo Procedonio da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
20/12/2017

70615801046
PI320021300

ARAO MARTINS DO REGO LORAD
ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306323/19

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

CPF: 361.382.743-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: EULALIO NETO DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EULALIO NETO DA SILVA : 361.382.743-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515884

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

Data do acidente: 14/04/2019

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACE
FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 3, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR(LIMITADO A 30 GRAUS).

Resultados terapêuticos: LIMITACAO EM REGIAO DISTAL DA TIBIA ESQUERDA SEM DANOS NEUROLOGICOS DIAGNOSTICADOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515884

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

Data do acidente: 14/04/2019

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACE
FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 3, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR(LIMITADO A 30 GRAUS).

Resultados terapêuticos: LIMITACAO EM REGIAO DISTAL DA TIBIA ESQUERDA SEM DANOS NEUROLOGICOS DIAGNOSTICADOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515884 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EULALIO NETO DA SILVA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO. P23

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P13/23
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515884 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EULALIO NETO DA SILVA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO. P23

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P13/23
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURACAO PARTICULAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina PI

OUTORGANTE <u>Eulalio Neto da Silva</u>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>Casado</u>	Profissão: <u>Lavrador</u>
Identidade nº: <u>1.314.318 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>361.382.743-34</u>	
Endereço:		
CEP: <u>64.100-000</u>	Telefone: <u>(86) 999823093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: 64.019-330	Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () POR MORTE (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () DAMS, em acidente de transito ocorrido no dia 14/04/19 para a Vitima Eulalio Neto da Silva



Barras-PI 18/06/2019

Local e data

x Eulalio Neto da Silva

- Vitima ou Representante Legal -



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306323/19

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

CPF: 361.382.743-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: EULALIO NETO DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EULALIO NETO DA SILVA : 361.382.743-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa