

Controle de docum x Audiências x Upload x Sistema SAJ - Co x Consulta processo x 0808314-91.2020.8 x Download file | iLo x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=493425&ica=5c866623853d4606b3870f25317dc5... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0808314-91.2020.8.18.0140 LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO...

9727012 - CONTESTAÇÃO (2717801 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/05/2020 20:56:27

15 May 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 9727010 - CONTESTAÇÃO
 - 9727012 - CONTESTAÇÃO (2717801 CONTESTACAO 01)
 - 9727013 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2717801 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9727014 - Procuração (procuracao atos subs 2016 (2))
 - 9727015 - Documentos (CARTA DE PREPOSTO)
 - 9727016 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBS)

20:56

24 Apr 2020

protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf

Ativar o Windows

20:56 15/05/2020



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

Processo: 08083149120208180140

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 **LEO RONALD GOMES DE ARAUJO 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 **27/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/06/2019**.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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)

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

16/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000056882-4

Nr. da Autenticação 29A673F26ED345CC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ante o exposto, deve o feito 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 **27/03/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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.

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.”

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

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

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

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

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca da forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

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

⁸art. 1º. (...)

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

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.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 29 de abril 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-pentoneais 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 **LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA** , em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08083149120208180140.

Rio de Janeiro, 29 de abril 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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466705

Vítima: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEO RONALD GOMES DE ARAUJO 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

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190466705

Vítima: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001989**

Conta: **0000056882-4**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	008.139343-11	LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA		008.139343-11	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSO	RUA PROFESSOR LUDOVICO	2070	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
PARQUE ALVORADO	TERESINA	PI	64000-050
E-mail:	Tel.(DDD):		
	086.8135 1600		

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 568824
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Teresina, 06/08/2019	TESTEMUNHAS
Nome: LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA	1º Nome: _____
CPF: 008.139343-11	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º Nome: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	CPF: _____
Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002233/2019-23

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 12/06/2019 - 12:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARANHÃO, Nº

Complemento

Data/Hora

27/03/2019 - 19:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

PONTE METALICA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 2276611SSPPI

Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA

Endereço: POV. AVE VERDE PI-112 ESTRADA DE UNIÃO, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: POVOADO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8847-1888

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/CONDUTOR/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO YAMAHA, PLACA PIA-4419, DE PROPRIEDADE DO SR. ANTONIO MARLOS RODRIGUES DE SOUSA, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II, CARRO NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL, QUE MOTIVOU A COLISÃO, EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE/VÍTIMA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO DE Nº506807. É O REGISTRO.

Edvar F. Nunes

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

Leo Ronald Gomes de Araújo

LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

Recebido em:

07 ACO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Delegado de Polícia

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Recebido em:
07 ACO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 008.139.343-11 Nome completo da vítima: LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA

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

Nome completo: LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA CPF: 008.139.343-11
Profissão: RECUSO Endereço: RUA PROFESSOR LUDOVICO Número: 2070 Complemento: _____
Bairro: PARQUE ALVORADA Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64000-050
E-mail: _____ Tel.(DDD): 086.8135.1600

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 568824
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura
de quem
assina
em nome do
beneficiário
não assinando

Local e Data: Termin, 06/08/2019
Nome: LEO RONALDO GOMES DE ARAÚJO SILVA
CPF: 008.139.343-11

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Leo Ronaldo Gomes de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF				Código IBGE
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo		16 Idade	
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				Recebido em
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima				20 Meio de locomoção
	21 Outra parte envolvida				22 Equipamentos de segurança
Exame Físico	23 Glasgow =				24 Sinais vitais
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				27 Pulso
	28 Sangramento				29 Dor
Hospital de Destino	30 Fratura				31 Procedimentos realizados
	32 Hospital de Destino				33 Condições de entrada
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
	35 Observações				

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000056882-4

Nr. da Autenticação 29A673F26ED345CC

Distribuição:					Taxa de Câmbio:					
Energia:	38,60				Alíquota ICMS:	196,22			143,24	
Transmissão:	74,58				Valor do ICMS:	27,00%				
Encargos:	12,61				Valor da PIS:				52,97	
Tributos:	6,17				Valor do COFFIS:	1,40%			2,01	
	64,26					6,48%			9,28	
INDICADORES DE CONTINUIDADE										
					FIC	EAC				
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Limite										
Realizado	5,31	10,63	21,25	3,24	5,48	12,95	3,03			
Carga	0,00			0,00			0,00			

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	15-07-2019	351	358,33

LÍZIA MARTA DA CUNHA
R. COLOMBIA 3478 TRÊS ANDARES
CEP: 000201-1463315
Cidade: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 5.001.39.05.145000

Atual:	55331	Atual:	08/07/2019
Anterior:	54980	Anterior:	06-06-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06-08-2019
Consumo Medido:	351	Emissão:	05-07-2019
Consumo Faturado:	351	Apresentação:	08-07-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
	Código de Irregularidade:		

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Módulo T2 meses
RÉSIDENCIAL	MONO	A200408		1.1.1.1	255

HISTÓRICO kWh	RESUMO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 325	CONSUMO 351 A R\$ 0,920698 = 323,16
MAR/19 275	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 26,37
ABR/19 285	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 1,39
MAR/19 251	MULTA POR ATRASO 05/19-00 5,15
FIV/19 262	JUROS POR ATRASO 05/19-00 2,06
JUN/19 267	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,30
DI 2/18 255	
NOV/18 268	
OUT/18 388	
SET/18 162	
TOTAL SEM TRIBUTOS:	
11 351 - 0,61:000	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mês/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22-07-2019, o não pagamento por parte do consumidor também é incluído no nome do consumidor na SPEDEN. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
05/2019	339,88	

LIQUE 0800 186 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO 5C9C.2F77.8095.A5B7.D9F4.D64E.671A.170B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 63,56	Base de Cálculo: 323,16
Energia: 122,81	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 20,77	Valor do ICMS: 87,25
Encargos: 10,16	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 105,86	Valor do COFINS: 6,48%
	15,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DNC			FSC			DHRC	DISCR	
	Manual	Tramitação	Atual	Manual	Tramitação	Atual	Manual	Manual	
Limite	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86		
Exatidão	0,00			0,00			0,00		
Completude	TERESI VA					Porcentagem de Retenção	05/2019	Euro	91,79

ROT: 5.001.39.05.145000

83690000003 2 58330017000 3 000000000019 0 71220719008 3



SIG.: 00358 UC: 0019712-2 DT. CRI.: 08/07/2019 T. ENT.: 01
LEITURA: 55331 NORMAL TOTAL: 358,33 CARGA: 004
DT. VENC.: 15-07-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0601

Recebido em

07/07/2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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 LUIS CARLOS CUNHA LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.310.013.60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEO RONALDO GOMES DE ARAUJO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 008139343-11

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima LEO RONALDO GOMES DE ARAUJO SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 008139343-11, 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: RUA COLOMBIA

Número: 3474

Complemento: _____

Bairro: TREIS ANJOS

Cidade: TERESINA

Estado: PI

CEP: 64016570

E-mail: SSO@EXERCICIO@HOTMAIL.COM

Tel. (DDD): 86.999034014

Local e Data: _____


Assinatura do Declarante

Recebido em:

0 / AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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 MARCOS RODRIGUES DE SOUSA

RG nº 1.563.190, data de expedição / /

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 762.870.413-15

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PROFESSOR LUDOVICO DE ALMEIDA, nº 2070,

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

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

LEO KEVALDO GOMES DE ARAUJO, cujo o condutor era o mesmo.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA XSR 150 FAZER Ano: 2014

Piaca: PIA 4419 Chassi: 9C6KG066060032751

Data do Acidente: 27/03/2019

Recebido em

07/04/2019

Local e Data: TERESINA-PI, 16/04/2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

ANTONIO MARCOS RODRIGUES DE SOUSA
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO MARCOS RODRIGUES DE SOUSA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 16/04/2019. www.tjpi.jus.br/postalextre. Selo: ANCO3850-FB1V

JARELANS RODRIGUES RIBEIRO DE ALMEIDA - Escrevente Autorizada
Etel.: 3,85 TJ: 0,77 FMNP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 281
DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jarelans Rodrigues Ribeiro de Almeida
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



ATA

NOME DO PACIENTE: Loeb Ronald Gomes de Araujo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 506 807

Recebido em:

07 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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".

NEURO UT
CRITERIA
GERAL

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE ARAUJO SILVA Prontuário: 506807
End.Resid.: AV. BOA ESPERANÇA 291 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 Nascimento: 05/07/1984 Idade: 34a8m22d Sexo: Masculino Fone: 86-99970-7445
Responsável: VANDEIULA CARVALHO CNS: 898002336903883 Documento: CPF: 008.139.343-11
Profissão: MOTO TAXI E.Civil: Solteiro(a)
G. Instrução: Fundamental Completo

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 714317 Entrada: 27/03/2019 20:23:56 Convênio: S U S Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)
Indicação: AMBULÂNCIA DO SAMU

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: Classificação: Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco: Recebido em: 07 Ago 2019
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

SSVV:

(Hora: ____:____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CARRO), EM USO DE CAPACETE, NEGA OTORRAGIA, VÔMITOS, EPISTAXE. POSSÍVEL FRATURA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. REFERE DOR.
A) VIAS AERÉAS PERVIAS, SEM COLAR E CERVICAL, COM PRESENÇA DE PRANCHA
B) MV + BILATERALMENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS. ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO
C) BNF, RR, 2T, SS. ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.
D) ECG 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FÓRREAGENTES, MOTRICIDADE PRESERVADA
E) LESÃO EM PERNA ESQUERDA, POSSÍVEL FRATURA ESPOSTA

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1181831) - TORAX PA
- (1181832) - PERNA ESQUERDA
- (1181833) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Dipirona 500mg/ml - 1amp + AD, EV, agora (20:30) e de 6/6h
Tetracil 20mg - 1amp + AD, EV, agora
Furacilina 50mg - 1amp + 100ml SF 0,9% EV, agora e de 6/6h

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 27/03/2019 20:35:44



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/07/13

NOME DO PACIENTE: <u>Leo Harold G. L.</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Ex. T. H. E</u>	CIRURGIA: <u>Line + Fixação</u>
ANESTESIA: <u>Regui</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Benigno</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Diego</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Glauceide</u>	CPF Nº: _____

Recebido em

01 AGO 2013

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI n°24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 6.517.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 100ml	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Eletródos	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Crepon	"	04	
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	02				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Helvany			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Leo Ronaldo Gomes de Sousa Filho.		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura Exposta de Tibia E		
Operação - Tipo	Lave + Fixação.		
Cirurgião	Dr. Bezerra	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			

Data da Operação	27/03/19	Início	Fim	Recebido em:
Diagnóstico Pós-operatório				07 AGO 2019 MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pele em DM, não requerimento;
Assepsia e antisepsia; campo estéril;
Lave de ferida em piro E a 50.8% abundante;
Ampliação de ferida em piro E;
Redução de fratura de tibia E;
Manutenção de Fixação Externa Bipolar;
Ponto em pele;
Curativo.

Dr. Bezerra Bezerra
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Les Ronald Gomes de Araújo

Sala: 06

Alergia: Nipo

Data: 27/3/2014

Tratamento cirúrgico por fecho externo de

Beyriel

Observações: jejum completo (7h)
Nipo voluntário

Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Bupivacaína 0,5 percent	mg	• 12										
Midazolam	mg	• 60										
Cloralfidina	g	• 2										
Rompidina	mg	• 80										
Dromedário	mg	• 8										
Cisapride	mg	• 100										
Endonitron	mg	• 4										
Metoromol	mg	• 0,5	• 0,5									
Fluxo	l/min	02	02	02	02							
Pressão	mmHg											
Temperatura	°C											
Acesso Vascular												
☒ Infiltração MSE OK (primo, do P3)												
Cat. venoso nº 16												
Dificuldade acesso venoso												
Cateter												
Central												
Via Aérea												
☒ Cateter nasal												
Eq. nº												
Lib. eq.												
Monitorização												
☒ Saturação SpO2												
☒ ECG												
☒ Frequência do pulso												
MAP												
Diálise												
Condição												
☒ Oxigênio Venoso												
☒ Oxigênio arterial												
☒ Bainha anestesia												
☒ Forclon												
☒ Bloqueio Peridural												
☒ Distal												
Oxímetro: DDH												
SP02 (%)	99	100	100	100								
ETCO2 (mmHg)												
Artes Venoso	RL 300	RL 300	RL 300	RL 300								
Artes Venoso												
Diurese												
Perdas Sanguíneas												

Tratamento Anestésico: Peli extubado, monitorizado; Antimigra; Puncão supra L4-L5 (12 tentativas); 16 Escala 276; LK ⊕ clare e y furo depurado; sangue negativo; Injeção de bupivacaína 0,5% 5 ml intr. Nível 06; Ponto de y colada nasal O2 (2l/min).

Dr. Diego Nunes de Oliveira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI: 4926

Anestesiologista

Jus



**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 da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	235790

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO	6 - Prontuário: 506807		
7-CNS: 898002336903883	8-Nascimento: 05/07/1984	9-Sexo: Masculino	CPF: 008.139.343-11
11-Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-99970-7445		
-Resp: VANDEIULA CARVALHO	14-Fone: 86-99970-7445		
15-Ender: AV. BOA ESPERANÇA 291 - MATADOURO - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

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- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF	 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 27/03/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 809.651.803-87	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura Exposta Tibia E

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:
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	



(SOLIMAR BRITO)

0337

12.30. COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE: Prontuário:		CNPJ:	
PACIENTE: Leo Ronald Gomes de Araújo			
RG.HOSPITAL: HUT.		COD.SIG TAP: 0702030406	
DATA: 27/03/2019	ALTA:	USADO:	
PROCEDIMENTO: Fratura de tíbia (E)			
MEDICO: Dr. Buziel	CPF:	CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

[illegible]**Responsável Pelo Preenchimento:**

Data: 27/03/19

Responsável pela Farmácia**responsável pelo Preenchimento**



235790

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

190702

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

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

235790

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO

6 - Prontuário: 506807

7-CNS: 898002336903883

8-Nascimento: 05/07/1984

9-Sexo: Masculino

CPF: 008.139.343-11

11-Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA

12-Fone: 86-99970-7445

13-Resp: VANDEIULA CARVALHO

14-Cor: Sem Informação

15-End: AV. BOA ESPERANÇA 291 - MATADOURO - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura Exposta de tíbia E

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura exposta

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

Fratura exposta

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID-Prin: S822

25-CID-Sec.: 26-CID-Adic.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Tempo: 4

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 809.651.803-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

27/03/2019

Bergiel Barbosa Bezerra
Osteomédico Traumatologia
CRM 3009

35-Ass.Carimbo Med. Sol. Tut.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Data:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CRIB:

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

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Vandeuila Pereira da Silva

Usuário: JOLINAR BATISTA
Consulta Local: 1431
Consulta SUS:
Impressão: 27/03/2019 21:34:08



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA D E TERESINA - HUT

HOSPITAL DE (

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO

CLÍNICA
Ortopédica

ENF. OU AP LETO

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

Leo Marcelo da Silva
101 fix. Tibia (E)

1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO

2 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN

3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H

4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

5 DIPIRONA 1 G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H

7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN

8 CURATIVO

9 CCGG + SSV

Dr. Patrícia Regina Reis
Cirurgiã Geral e Ortopedista
CRM 10.100/10014



Antônio Carlos L. Silva
Fisioterapeuta
COREX 110.412

08:55. Admitido

na clínica ortopédica
em sala de fixação
da tibia. Paciente
orientado, parou
supine. Medo
alívio medicação
muito boa e satis-
feita com

27 03 19



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

Recebido em:

07 ABR 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NOME DO PACIENTE: Leão Ronald Gomes de Araújo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 506807

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

Imp: 25/04/2019 12:11:03
(JANE SIMONE)

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**DADOS DO PACIENTE:**

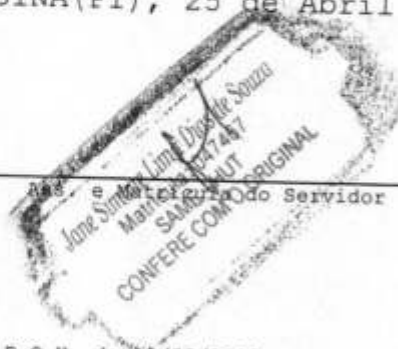
Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO		Prontuário: 506807
Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA		Pai: FRANCISCO DE ASSIS DE ARAUJO SILVA
End.Resid.: AV. BOA ESPERANÇA 291 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 05/07/1984	Idade: 34a9m15d	Sexo: Masculino Fone: 86-99970-7445
Responsável: VANDEIULA CARDOSO DA SILVA		CNS: 898002336903883
Profissão: MOTO TAXI		Documento: CPF: 008.139.343-11
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 717841	Data: 20/04/2019 18:10:24	Clas. Cor: Azul
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 20/04/2019 de 18:10 às _____ horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 717841/////

TERESINA(PI), 25 de Abril de 2019.





CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 593101979	Nº REGULAÇÃO: 70193	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2323427 - UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR OZEAS SAMPAIO - MATADOURO - (86) 3215-9147	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA	NASCIMENTO: 05/07/1984

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE COM EDEMA IMPORTANTE (3+/4+) E INFECÇÃO EM MIE HÁ 7 DIAS. NO 23º DPO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA DEVIDO FRATURA EXPOSTA. FO COM PRESENÇA DE SANGUE E EXUDATO PURULENTO. RELATA USO DE AMOXICILINA E CEFALEXINA HÁ 10 DIAS. ALÉM DISSO, APRESENTA ICTERICIA (3+/4+). <i>ESTA UNIDADE DE SAÚDE NÃO DISPOE DE INTERNAÇÃO (EM REFORMA).</i>			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): INFECCAO E REACAO INFLAMATORIA DEVIDA A OUT.DISPOSIT PROTET IMPLANTES E ENXERTOS ORTOP INTERNOS			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS: CEFTRIAXONA OXACILINA			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: SF 0,9% RANITIDINADIPIRONA			

DATA:	20/04/2019 11:10:09
Julciele C. da Silva MÉDICA CRM-PI 67.65 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	





HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE

LEO RONALD GOMES DE ARAUJO

PRONTUÁRIO

506807

DATA NASC

05/07/1984

IDADE

34

CLÍNICA

Ortopédica

229

ENF. QUAP

220

LEITO

OBSERVAÇÕES

DATA/HORA

CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DI : 20/04/2019

INFECÇÃO TIBIA

25/04/19

1 Dieta oral livre

2 Bêlco salinizado

3 Ciprofloxacina 400mg - EV 12/12hs

4 Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 6/6h

5 D pirona - 01 amp + AD EV 6/6hs

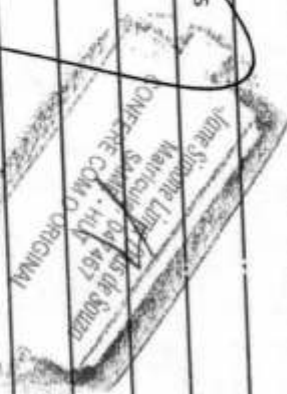
6 B rimoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN

7 T r madol 100mg - 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN

8 Cle xane 400mg - 1amp SC 1XDIA

9 C r ativos 0,1dr.05

10 Cuidados gerais e sinais vitais



Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3166 - TEOD: 41305
Tel: (84) 98884-0561

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3166 - TEOD: 41305
Tel: (84) 98884-0561

Dr. Giordano Crumbeleger /

Dr. Yuri Jivago Felix /

Dr. Ricardo S. Valença /

Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho

Ortopedia e Traumatologia /

Ortopedia e Traumatologia /

Ortopedia e Traumatologia /

Ortopedia e Traumatologia

CRM3415 - TEOD10029

CRM31308

CRM3766 - TEOD11305

CRM3367

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME 760 RONALD GOMES DE ARAUJO IDADE 34 anos DATA 24/03 /2019
HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA Fúrcula (C) CIRURGIÃO Elmair

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

ADMISSÃO

11:5012:20

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

90/4993/5299/56107/63

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

57576268SATURAÇÃO DE O₂ (%)94%96.1626896%

TEMPERATURA AXILAR (°C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/ MATRÍCULA

ElmairElmairElmair

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

Movimenta dois membros

1

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

Tem apnéia

0

RESPIRAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

PA em 20-49% do nível anestésico

1

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

CIRCULAÇÃO

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

Desperta, se solicitado

1

Não responde

0

CONSCIÊNCIA

É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambiente2Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%1Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O₂0

SATURAÇÃO

O₂

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

09

ASS

09

() Sonda Vesical

() Dreno de Sucção

() Dreno Torácico

() DVE

() Colostomia

SONDA () NASOG () NASOE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:20 Admitido na SRPA em POF de 100 cc
unidades para fruturas a liberação. Submetido a
respiro. Consciente, cefaleia, repouso respirando com
94% SatO₂. FC em ritmo regular, 60 bpm.

13:30 Alta, recuperado. —

Elmair

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD

HORÁRIO

ALTA SRPA

Dr. José Rodrigo Bezerra Sousa
MÉDICO
CRM-PI 6248

RAIO-X REALIZADO
24.04.19

Julia Simões Lima Pós-graduada
Mestrado em Saúde
SAÚDE - FICUT
CONFERE COM O ORIGINAL



IDADAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL URGÊNCIA D

PRESCRIÇÃO M.DICA

NOME DO PACIENTE		PROMTUARIO		DATA NASC		IDADE		ENF. OU AP		LEITO		MÉDICO ASSISTENTE			
LEO RONALD GOMES DE ARAUJO		506807		05/07/1984		22		229		220					
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA										HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 20/04/2019		INFECÇÃO TIBIA													
24/04/19															
1		Dieta oral livre										C			
2		Gelco salinizado													
3		Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs										Plecece			
4		Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 6/6h										258 3/4 6/6			
5		Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs										505 11			
6		Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN										11			
7		Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN										11			
8		clexar= 40mg 1amp SC 1XDIA										134 134 134			
9		Curativos e lários													
10		Cuidados gerais e sinais vitais													
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															

Dr. Yun Jivago Falek
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3415-TEC/009

Dr. Tiago Falek
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3415-TEC/009

Dr. Tiago Falek
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3415-TEC/009



229

237403

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Laudo 198379

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	237403

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO	6 - Prontuário: 506807		
7-CNS: 898002336903883	8-Nascimento: 05/07/1984	9-Sexo: Masculino	CPF: 008.139.343-11
11-Mãe: ANGELA MARIA GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-99970-7445		
13-Resp: VANDEIULA CARDOSO DA SILVA	14-Cor: Sem Informação		
15-Ende: AV. BOA ESPERANÇA 291 - MATADOURO - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Mulher com dor fratura de fêmur esquerda metastática de câncer de próstata</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>tratamento cirúrgico</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>fratura fêmur</i>			
23-Diagnóstico Inicial: <i>fratura da diáfise da tíbia</i>	24-CID-Prin: S82.2	25-CID-Sec.: S82.2	26-CID C.Ass.: S82.2

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.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 21/04/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) Darval Tercio Nunes Leal ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 CRM-MA 3030	

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-CHAE Empresa:	44-CBOR:
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:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documeto:	49-Num. Documento:	
() CNS () CPF		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>R</i>		Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 717841 Consulta SUS: Impressão: 21/04/2019 10:53:34



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/07/19

NOME DO PACIENTE: <u>beo Ronald Gomes de Araújo</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>506803</u>
DIAGNÓSTICO: <u>fratura de fêmur</u>	CIRURGIA: <u>lmc</u>
ANESTESIA: <u>stato</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Daniel Tercio Nunes Leal</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Raquel</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Benedicta</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 20	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7,5 8,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0-6,5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	10	
GASES	PAC.	07		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>croppom</u>		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 0		06		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Raquel</u>			
VICRYL							
PROLENE							

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE Leandro Ronaldo Gomes De Araujo				UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA: 21/04/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA Nega alergias e comorbidades. Testes completos							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES
		1					
		2					
		3					
LÍQUIDOS		SO-LITO 500					
		SANGUE 300					
		OUTROS 100					
TEMPERATURA T		Cº					
		260					
		240					
		2					
		200					
		180					
		160					
		1					
		140					
		120					
		100					
		80					
		60					
		40					
		20					
		10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O		SP02 (%)					
		100-100 100-100					
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS		RAQUIANESTESIA					DURAÇÃO
OPERAÇÕES		HMC TÍBIA E					INCIDENTE - ACIDENTE
CIRURGIÕES		DURVAL					Ø
ANESTESISTAS		Dr. Italo Hipólito B.T. Silva Médico Anestesiologista CRM 5053 / RQE 2968 Gerente Médico Centro Cirúrgico HUT					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

Raquianestesia: Tereca oxetico, flunoxilina, medetomidina, L3-L4, agulha n° 26. Administração 12mg Bupivacaína Pesado.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Leo Pontes Gomes de Azevedo

Diagnóstico pré-operatório

fratura de fêmur

Operação - Tipo

osteotomia + fixação com placa

Cirurgião

Daniel Tércio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1985 CRM-MX 3636

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

sem fratura

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

na



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

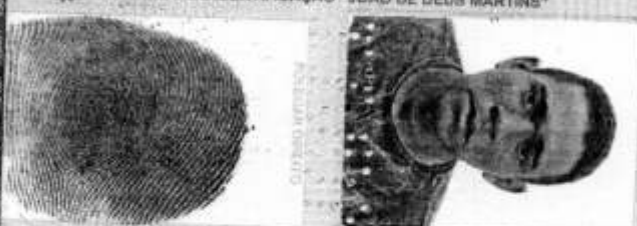
Realizada a osteotomia de fêmur com placa e parafusos. A fratura foi reduzida e estabilizada com placa e parafusos. A ferida foi lavada e fechada com sutura. O paciente foi encaminhado para observação.

Obs: sem fratura

Durante a cirurgia
CRM-PI 1985 CRM-MX 3636

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Léo Ronald Gomes de Araujo Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2276611 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/07/2019

NOME LÉO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

FILIAÇÃO ANGELA MARIA GOMES DA SILVA
FRANCISCO DE ASSIS DE ARAUJO SILVA

NATURALIDADE TERESINA - PI DATA DE NASCIMENTO 05/07/1984

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO 20391 L 19 F 176
EXP. TERESINA - PI 13/05/2016

CPF 008.139.343-11

Assinatura de Chagas Pinheiro

LEI Nº 7.116 DE 20/08/65 DECRETO Nº 89.250/83

Recebido em:

07 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Recebido em:

07/03/2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA DELEGACIA DE POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		RESUMO GERAL 026974362003-2 19/01/2019	
MARCACÃO		NOME LUIS CARLOS CUNHA LIMA	
FOTO		FILIAÇÃO LUIZ LEITE LIMA E MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA	
IMPRESSÃO DIGITAL		NATURALIDADE SAO LUIS - MA	
ASSINATURA DO TITULAR		DATA DE NASCIMENTO 31/07/1985	
CARTÃO DE IDENTIDADE		CÓDIGO DE REGISTRO NASC. N.89619 FLS.172 LIV.80	
CARTÃO DE IDENTIDADE		CPF 011310073-60	
CARTÃO DE IDENTIDADE		VIA-02	
CARTÃO DE IDENTIDADE		ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 29/09/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012428485743

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01025241980 RNTTC EXERCÍCIO 2017

NOME
ANTONIO MARCOS RODRIGUES DE SOUS

A

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PINº 012428485743 BILHETE DE SEGURO DPVAT

76287041315

PIA-4419

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 19/07/2017

VIA 1 CPF/CNPJ 76287041315 PLACA PIA-4419

RENAVAM 01025241980 MARCA/MODELO YAMAHA/YS150 FAZER ED

ANO FAB 2014 CAT. TARE Nº CHASSI 9C6KG0660E0032751

PRÊMIO TARIFÁRIO

081,28 FMS (R\$) 009,03 DENATIAN (R\$) 030,31 CUSTO DO SEGURO (R\$)

004,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,70 IOF (R\$) 189,30 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 17/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

FEV-2016

ARTORIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO
ORIGINAL. E DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 09/04/2019.
SELO: AAB94268-WINE - www.tjpi.jus.br/portalextra

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada
Emol. R\$ 2,48 JU: 0,50 FMMP/PI: 0,06 Selo: 0,26 Total: 3,30 - OP: 188
CERT. DE REG. E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Comprossada
Teresina - PI

Recebido em:

07 ABR 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190466705 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 27/03/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) P5 20 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190466705 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 27/03/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) P5 20 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>LEO RONALDO GOMES DE ARAUJO SILVA</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>2246.611</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP-PI</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>10/10/2017</u>	CPF: <u>008.139.343-11</u>
PROFISSÃO: <u>RECUBO</u>	ENDEREÇO: <u>RUA PROFESSOR LUDOVICO</u>		
Nº: <u></u>	BAIRRO: <u>PARQUE ALVOKADA</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUÍ</u>	CEP: <u>64000-050</u>		

OUTORGADO: <u>LUIS CARLOS CUNHA LIMA</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>DIVORCIADO</u>	
RG: <u>0269743620032</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPMA</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>19/01/2019</u>	CPF: <u>011.310.073-60</u>
PROFISSÃO: <u>TEC. SEG. DO TRABALHO</u>	ENDEREÇO: <u>RUA COLOMBIA</u>		
Nº <u>3474</u>	BAIRRO: <u>TRÊS ANDARES</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUI</u>	CEP <u>64016-570</u>		

Recebido em
07 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
CONSULTELO SELO
DIGITAL

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDADO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT**

VÍTIMA: LEO RONALDO GOMES DE ARAUJO SILVA
CPF: 008.139.343-11 DATA DO ACIDENTE 27/03/2019

COBERTURA SOLICITADA: (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE

Local/Data TERESINA 02/07/2019

Leo Ronald Gomes de Araujo Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIMA DE LEO RONALDO GOMES DE ARAUJO SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Selo: AAD7211-KOZB
ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCRIVENTE AUTORIZADO
Escr. 13.95 TJO: 77 FIMP/PI.0.10 Selo: 07/26 Total: 4,98 - 08:11

ARTORIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escrivente Autorizado
Teresina - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268430/19

Vítima: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

CPF: 008.139.343-11

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/03/2019

Titular do CPF: LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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
DUT

LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

LEO RONALD GOMES DE ARAUJO SILVA : 008.139.343-11

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: 07/08/2019
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA
CPF: 011.310.073-60

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO