

Men x Audi x Uplc x Coni x PJe Aces x PJe Coni x PJe 0800 x Wha x Preci x Baixo x Nova gu x PJe Coni x PJe 0811 x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=437189&ca=d23ef2622669176e960537562c3806ac188ba821ac...

Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJe ProceComCiv 0800084-58.2020.8.18.0076
M. P. B. D. S. X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

9775967 - CONTESTAÇÃO (2718878 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/05/2020 14:18:12

19 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9775965 - CONTESTAÇÃO
 - 9775967 - CONTESTAÇÃO (2718878 CONTESTACAO 01)
 - 9775972 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2718878 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9775969 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9776757 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9776759 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

2718878- CS/ 2020-01813/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

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

protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf Despacho.pdf Exibir todos x

PT 14:18 19/05/2020



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

Processo: 08000845820208180076

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 **MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA** representado por **ANTONIA ELIANE BORGES DE SOUSA**, 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 **24/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/08/2019**.

Cumprе 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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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

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

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

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

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;

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **24/03/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais³.

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 STJ⁴.

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.

³ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁴ **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.”

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

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

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

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

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

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

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

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 pátrios⁵, 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

⁵ “PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**” (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar.

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,

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

⁷ **art. 1º. (...)**

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

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,

UNIAO, 11 de maio 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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **UNIAO**, nos autos do Processo nº 08000845820208180076.

Rio de Janeiro, 11 de maio 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



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a paciente **Mikaely Priscila Borges Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 24 de março de 2019, às 07h16min, vítima de acidente de motocicleta, a mesma chegou ao hospital socorrida na ambulância do SAMU.

União - PI, 17 de junho de 2019.

Antônia Raimunda Viana da Silva

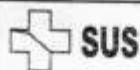
Antonia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU



Cor: branco ()
Pardo ()
Negro ()
Índio ()

[illegible]



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Municipal de União

2 - CNES

7171111111

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Municipal de União

4 - CNES

7171111111

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mikelly Priscila Borges Sales

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

16746

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11111111111111111111

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/02/03

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA / COR

11 - NOME DA MÃE

Antônia Eliane Borges de S

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Assist. Santa Clara

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Assist. Santa Clara

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

União

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

711113

18 - UF

13

19 - CEP

6111111111111111

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente motociclistico, apresentando fratura em MID.

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 17/06/19

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura MID

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rai - X

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção de Regulamentação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

030801103119

29 - CLÍNICA

Medica

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

00632776382

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Sanny de C.

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/03/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

RM-PI 7186

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



m 14:55

Paciente Recusou a medicação

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:

SERVIDOR:

Verônica

DATA: 24/03/18

HORA: 07:14

01. DADOS DO PACIENTE

NOME: Mikaelly Priela Borges Sousa

DN: 16/02/2005 ID: 16 anos SEXO: F

NOME DA MÃE: Antonia Eliane Borges de Sousa

CNS: 898003023145581 RG: 40987508

CONTATO: não

ENDEREÇO: Aven. Monte Santa Clara

CEP: 64120000

BAIRRO: Ipoema Rural

CIDADE: União

UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTANEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ AMBULANCIA ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DA PROCURA:

TRAUMA ☐

CLÍNICO ☐

PEDIÁTRIA ☐

S. VITAIS/FC:

PA: 90x60

AT.02:

T:

DOR:

ECG:

GLICEMIA:

PESO:

ALTURA:

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

Alergia a Duprona

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐

LARANJA ☐

AMARELO ☐

VERDE ☐

AZUL ☐

HORARIO:

ENFERMEIRO(A):

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTORIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

Às 07:52 por via aérea por SAMU para em unidade, vítima de acidente automobilístico envolvendo carro, orientada, não apresenta qualquer sintoma, não apresenta dor. Apresenta desvio em M.D. imobilizado; múltiplas encurvações.

04. EXAMES COMPLEMENTARES

☐ LABORATORIAL

☐ RX

☐ US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 17/06/18

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Solução Raso x perna (D) (cavo-femoral)
2. Voltaren - comp 100 (Suspensão)
3. Dexametasona - comp 100, desp, EV
4. Dipirona, forar comp + AD, EV, aguda (Suspensão)

07. CONDIÇÃO

☐ ALTA

☐ OBITO

☐ EVASÃO

TRANSFERIDO PARA:

☐ INTERNAÇÃO

☐ OUTRA UNIDADE

☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA SAÍDA

☐ URGÊNCIA

☐ EMERGÊNCIA

☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:

MÉDICO
CRM

ENFERMEIRO(A)
COREN

Antônia Eliane Borges de Sousa

05F 0196 - 500 ml EV

07 Tilatil - comp + AD EV 12/12h

08 Dipirona - comp + AD EV 6/6h (5/12)

Dr. Jurany Junior
CRM-PI 7486

231 2

47
33
90
X



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



Mikaelly Priscila Borges de Sousa
Do Lactose
Cirurgia II

GESTOR DA UNIDADE 200174
At. 959697

PRONTUÁRIO MÉDICO

04/05/19
10h

INTERNAÇÃO REGULAR

Alta - 04/05/19

28/4/19 17:25
TÉCNICO
Marta da Cruz R. Silva
FUND. ASSIST. EMFERMEIRAGEM

ORTOP
05/19

Dr. Alexandre

HOSPITAL GETULIO VARGAS
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: TC de Crânio
DATA: 30/04/19 HORA: 10h
TÉCNICO: Edna Maria Andrade Silva

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 17/05/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 (NPJ: 06.553.564/0104-43)

Atendimento:
959697

Prontuário: 473390 MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Endereço: ACENT SANTA CLARA

0 ZONA RURAL

Cidade: UNIAO

UF:PI CEP: 64120-970

Sexo: F DT. Nasc: 16/02/2003 (Idade: 16 Anos 2 Meses 11 Dias Estado Civil: S Profissão: ESTUDANTE

Cadastro: 27/04/2019 Telefone: 86 9557.5714 Cartão SUS: 898005862900187 CPF:

Pai:

Mãe: ANTONIA ELIANE BORGES

Cônjuge:

Responsável: ANTONIA ELIANE BORGES

Endereço:

Cidade: 2976

UF:PI CEP:

Edna Maria Andrade Silva
Fundador do SAME

Queixa Principal:

Doi na Coxa

H.D.A.

Doi + edema na M.I.D.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM *Edna Maria Andrade Silva*
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT: 019065-2

Diagnóstico:

Furto de Furto

Plano Terapêutico:

do curativo

Data / Hora: 27/04/2019 :

Edna Maria Andrade Silva
Ass. Médico Assistente Auxiliar/Residente



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização e Internação Hospitalar (Ala):

200174

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

2 - CNES

2726971

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

4 - CNES

2726971

959697

Identificação do Paciente

5 - Nome: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

6 - Idade: 473390

7 - CNS: 898005862900987

8 - Nascimento: 16/02/2003

9 - Sexo: F

11 - Mãe: ANTONIA ELIANE BORGES

12 - Fone: 86-9.557 714

13 - Resp: ANTONIA ELIANE BORGES

14 - Cor: PARDA

15 - Ender.: ACENT SANTA CLARA

16 - ZONA RURAL: 0

17 - CEP: 54120-970

16 - Munic: UNIAO

17 - Cod. IBGE: 221110

18 - UF: PI

19 - RG: 49875-08

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

21 - Condições que justificam a Internação:

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM
Edna Maria Almeida Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019865-0

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S723

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.: 27 - Procedimento Solicitado:

0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Tempo S.O.

4

29 - Clínica:
CL. CIRURGICA II

30 - Caracter.:
02

Ident.:
1

31 - Documento:
CPF

32 Doc. Med. Solic.
74863593372

33 - Nome Profissional / Assistente
LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

34 - Data de Solicitação:
27/04/2019

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bônus:

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE Empresa:

44 - CBOF

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Pensionado () Não Segurado

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável

Usuário: MARIA GOMES

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: 12:19:30

Antônia Eliane Borges de Sousa

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 200124

AIH: 2219100305-2

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV

CNES
2726971

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV

CNES
2726971

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

898005862900987

MIKAELY PRISCILA BORGES DE OLIVEIRA

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

6-2-2003

F

473390

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

4987508

ANTONIA ELIANE BORGES

RESPONSÁVEL

ANTONIA ELIANE BORGES

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

64120000

ACENT SANTA CLARA

NÚMERO / LOTE

0

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

ZONA RURAL

UNIAO

UF

94

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ADMITIDA NESTE HOSPITAL VIA CENTRAL ESTATUAL DE REGULAÇÃO COM TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 6 DIAS APRESENTANDO FRATURA EM DIAFÍSE DE FÊMUR DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S723 - FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

27-04-2019

DATA ADMISSÃO

27-04-2019 09:37

DATA ALTA

04-05-2019 10:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

LAO TSE FICHERS DA SILVA FETURA

CPF: 74663593472

CEM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EM REGULAÇÃO

COR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

LUCLIANA RIBEIRO FURMIGA ROCHA

CPF: 45201079315

CRM:

DATA AUTORIZAÇÃO: 27-04-2019 10:00

NOME DO PROFISSIONAL (PAZ) E CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

EM 17/05/2019

Edna Maria Andrade Silva

COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 016065

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

BOLÉTIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Cirurgia Feito 231-2 PRONTUÁRIO 473390

NOME: Mikaelly Pereira Bezerra de Jesus DATA DE NASC. 16/10/21

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do colo do fêmur

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRÚRGICA: Fratura do distal do fêmur

Hipótese

CIRURGIA: Osteossíntese (Fixação) de fratura do colo do f Nº SALA: 12

CIRURGIÃO: João Carlos Neto CRM-PI: 10000

AUXILIARES: 1º Rafael Barreto 2º Edna Maria

INSTRUMENTADORA Fátima Sobrinho CIRCULANTE: Genesinha Fera

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

- 1) Paciente em DRA sob monitorização
- 2) Assépsia, antissepsia e colocação de campo
- 3) Incisão no nível do quadril
- 4) Fixação de fratura do colo do fêmur
- 5) Drenagem por plano e curativos

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/05/19
Edna Maria Aguiar Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019085

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

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

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM () NÃO QUAL?

DATA: 02/05/19 HORA:



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Cirurgia II LEITO: 271-2 PRONTUÁRIO: 47 3382

NOME: Mikaelly Pereira Bezerra de Lencastre DATA DE NASC: 16/12/03

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do Col de Fêmur D

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: Fratura de Diáfise de Fêmur D

Hígido

CIRURGIA: Osteossíntese de Fratura da diáfise de fêmur D Nº SALA: 12

CIRURGIÃO: Joel Carlos Neto CRM-PI: _____

AUXILIARES: 1º Neomias Lourenço 2º _____

INSTRUMENTADORA Fátima Sobrinho CIRCULANTE: Fernando Farias

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

- ① Paciente em DDH sob anestesia
- ② Assepsia, antitétano e colocação de Curat
- ③ Incisão em forma de T no lado D da coxa
- ④ Redução e fixação de fratura de
- ⑤ Diáfise de fêmur D.
- ⑥ Sutura por planos e Curat

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

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

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

DATA: 02/05/13 HORA: _____

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 12/05/13
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT: 019065

Hospital Getúlio Vargas

Número do prontuário

>> AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: Michaelis André Pery de Moura Sexo: F Peso: 50 kg

Diagnóstico: Fraturas de fêmur D Cirurgia programada: Data prevista:

	Sim	Não	Especifique		Sim	Não	Especifique
SCV	HAS			ENDOC	Diabetes Mellitus		
	Ins. Coronariana				Doenças da tireóide		
	IAM ☐ > 3m, ☐ < 3m				Dislipidemia		
	ICC				Obesidade		
	Fibrilação Atrial				Outros		
SR	Marca passo			GSI	Doença de refluxo		
	Outras				Insuf. Hepática (Child C, D, E)		
	Asma				Hipertensão porta		
	DPOC				Obstrução intestinal		
	Apnéia Obstrutiva do sono				Outras		
SGU	Hipertensão pulmonar			DIVERSOS	Patologia neuromuscular		
	IVAS recente				Patologia da coluna vertebral		
	Outras				Coagulopatia		
	Síndrome nefrótica				Anemias hemolíticas		
	Síndrome nefrítica				Transfusão sanguínea prévia		
SNC	Litíase renal			HABITOS	Gravidez		
	Insuficiência renal				Morte em anestesia na família		
	Doença de próstata				Tabagismo		
	Outras				Alcoolismo		
	Convulsões				Dependência de drogas		
INFECTO	AVC prévio			ALERGIAS	Penicilina		
	Disfunção cognitiva				Látex		
	Outros				ANES		
	Hepatite A, B, C				Outros		
	HIV				História de <u>HIV</u>		
Doença de Chagas							
Outras							

Medicações usadas de forma regular

CIRURGIAS ANTERIORES

TIPO DE ANESTESIA

HISTÓRIA DE HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/04/2014Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO / INTERCORRÊNCIAS

Paciente CTI: ☐ Não ☐ Sim ☐ PIA ☐ PVC ☐ SVD ☐ Glasgow

☐ Ventilação Mecânica ☐ Drogas vasoativas ☐ Drenos

Hb 11,4 Ht 35,6 Plt 257.000 Leuco Glic Glic Hb PTT RN Fib

Na K Ca Mg Cl Cr 1,0 Ur

Rx tórax Eco

ECG normal, sem isquemia TE

Cat Outros

EXAME FÍSICO

PA 120/70 FC 80 Mobilidade Cervical ☒ Normal ☐ reduzida

Abertura da boca: ☒ > 40mm ☐ < 40mm

Articulação dos dentes: ☐ sim ☒ não

Distância mento-tireóide ☒ > 6cm ☐ < 6cm

Ausculta respiratória OK Ausculta cardíaca OK

Outros dados importantes: 3 volumes mactes + transdutor anti-embolia

Doença cardíaca ativa: ☐ Não ☐ Sim

Preditores clínicos: ☒ Não ☐ Sim

Risco cardíaco do procedimento cirúrgico: ☐ Alto ☐ Intermediário ☐ Baixo

ASA (I)

Necessidade de interconsulta clínica/psicológica: ☒ Não ☐ Sim

Previsão de CTI pós-operatório imediato: ☒ Não ☐ Sim

Previsão de hemotransfusão: ☐ Não ☐ Sim

Aprovado para procedimento anestésico: ☐ Não ☒ Sim

Informação jejum pré-operatório: ☐ Não ☒ Sim

Aspectos espirituais/culturais a destacar: ☐ Não ☐ Sim

Planejamento Anestésico

Data:

Médico Anestesiologista CRM

- Reserva de hemoderivados

Anestesiologista
T. O. A.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA		
Prontuário: 473390	Nascimento: 16/02/2003	Estatual Civil: Solteiro
Cartão SUS: 898005862900987		

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal	
Nome: ANTONIA ELIANE BORGES	
Estado Civil: Solteiro	CPF:
Parentesco: MAE	

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Risco de Embolia
2. Risco de Hemorragia
3. Risco de Amputação
4. Risco de trombose / embolia
5. Risco de morte

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 27/04/2019

Antônia Eliane Borges de Sousa
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dr. Aquiles Nogueira
Assinatura do Médico Responsável - CRM

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 17/05/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT: 019065-9



FEPISERH
Fundação Estadual de Políticas
e Serviços Hospitalares

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mikaelly Pinheiro Borges Lima
Cidade de origem: União

Data de Nascimento: 16/02/03

II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL

Religião/Crença: Evangelista
Profissão: Estudante
Escolaridade: () Analfabeto () Ensino fundamental (X) Ensino médio () Superior
Barreira na comunicação: (X) Não () Sim.
Qual? —

2 ITÊNS POSITIVOS:
ACIONAR SERVIÇO SOCIAL

Apresenta déficit: (X) Não () Sim, Qual? () Visual () Auditivo () Motor
Outros: —

Transtorno mental: (X) Não () Sim.
Qual? —

III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)

(X) Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes mellitus () Insuficiência Renal Crônica / Aguda
() Cardiopatias () Câncer () Tabagismo () Etismo () Usuário de drogas ilícitas () Outro —

Faz uso de medicamentos? (X) Não () Sim

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	VIA	DOSE	HORÁRIO
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—

ACIONAR FARMACEUTICO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

EM Edna Maria Azeiteiro Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019965-9

IV - EXAME FÍSICO

a) SINAIS VITAIS:

PA: — P: — () Filiforme () Chale () Rítmico () Arritmico T: —
FR: — Oxigênio: () Sim (X) Não Dor: (X) Não ()
() Sim, Onde? —
Características: —

b) DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ASPECTOS NUTRICIONAIS

Altura: — (m) Peso: — (Kg)
Perda de peso nos últimos 3 meses: (X) Não () Sim, Peso perdido: — (Kg)
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia () Neoplasia de cabeça/pescoço
() Neoplasia de trato gastrointestinal () Transplante () Obesidade mórbida III (IMC > 50 Kg/m²)

2 ITÊNS POSITIVOS
ACIONAR A NUTRICIONISTA
(Atenção nutricional)

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Anestesiado
ESCALA DE COMA GLASGOW: —

d) ASPECTO EMOCIONAL: (X) Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico
() Agressivo () Triste () Outra alteração. Qual? —

2 ITÊNS POSITIVOS
ACIONAR O PSICÓLOGO

n) PADRÃO DE SONO: (X) Bom () Regular () Ruim () Insônia () Uso de sedativo-calmanantes: () Não () Sim

o) SISTEMA REPRÓDUTOR: (X) Menarca () Menopausa () Primípara () Multipara

v) RISCOS: () Não (X) Sim. Qual? (X) Queda () LPP () Flebite

Alergia: () Não (X) Sim. Qual? Dipirona

VI) CIRURGIAS Você já realizou alguma cirurgia: (X) Não () Sim.

Qual(is):

Qual o ano?

(VII) NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL – ESPECIFICAR:

Pessoa envolvida no processo de educação: () Paciente () Acompanhante () Familiar

Deseja receber orientações educativas? (X) Não () Sim

Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado: Hábito de vida

Tratamento específico:

() Outro

(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? () Não (X) Sim

() Criança

() Idosos debilitados

(X) Adolescente

() Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos

() Indígena

() Outro. Qual?

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

() Alimentação

() Linguagem

() Deambulação/ Mobilidade

() Surdo e mudo

() Sono e repouso

() Comunicação

() Acompanhante

() Outros. Qual?

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados

IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/04/19
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONATÁRIO MAT. 019065-2

Trouxe exames? (X) Não () Sim. Qual(is)?

O Sr. ou Sr^a gostaria de fazer alguma pergunta em relação a estes folders?

(X) Não () Sim. Folder de direitos e deveres do paciente

(X) Não () Sim. Folder de Higienização das mãos

(X) Não () Sim. Folder de Risco de quedas

(X) Não () Sim. Identificação com pulseira

O Sr. ou Sr^a. gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome:

Identificação/Responsável: Antonio Eliane Borges de Souza

Assinatura:

RG:

Grau de parentesco (se aplicável):

Data: 27/04/19 Hora: 11:40

ASSINATURA/CAPIBIBO

SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040

Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:

959697

Prontuário: 473390 Nome: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Endereço: ACENT SANTA CLARA

0 ZONA RURAL

Cidade: UNIAO

UF:PI CEP: 64120-970

Sexo: F DT. Nasc: 16/02/2003 (Idade: 16 Anos Estado Civil: S Profissão: ESTUDANTE

Cadastro: 27/04/2019 Telefone: 86 -9557.9714

Cartão SUS: 898005862900987 CPF:

Justificativa:

Necessidade de Acompanhante

Data	Assinatura
27/04/19	Antônia Eliane Borges de Sousa
28/04/19	Antônia Eliane Borges de Sousa
29/04/19	Antônia Eliane Borges de Sousa
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM *[Assinatura]*
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO / MAT: 019006

[Assinatura]
Dr. Antônio Medeiros
CRM-PI 1550

Ass. Médico Solicitante

Data: / /

Auditor

Data: / /

Assinatura - CPF

Informações Gerais

-  Paciente: MIKAELY PRISCILA BORGES SCUSA - 898003023145581 - 16/02/2003 (16 anos), União. Mãe: Antônia Eliane Borges (/pacientes/211520)
-  Leito:
-  Class. Risco: Emergência

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União, PI)

Médico Solicitante

CAMILA DE SA BEZERRA

Usuário Solicitante

Usuário Padrão - Infoway

Senha

2019.0324.0105.314

Observação solicitante

Caráter

Retaguarda

Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

CIDs

Fratura da diáfise do fêmur

Procedimentos

Descrição Clínica

16 a, apresenta fratura em diáfise de fêmur direito evidenciada ao raio x, edema e dor em mid apos trauma por acidente motociclístico há 6 dias, paciente segue com dor intensa que não cede com analgésicos simples

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): Não informado

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 120

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 98

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 18

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 87

DESENVOLVIMENTO SOCIAL
Autorizo abertura de prontuário
Teresina, 20/02/2019

[Assinatura]

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM *[Assinatura]*
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-0

Informações Gerais

- Paciente:** MIKAELY PRISCILA BORGES SOLISA - 898.003023145581 - 16/02/2003 (11 anos). União. Mãe: Antônia Eliana Borges (/pacientes/211520)
- Leito:** Hospital Getúlio Vargas - HGV (Teresina/PI) - ENF - 231 LEITO - 1 - Ortopedia e Traumatologia / Adulto / Feminino (/estabelecimentos/119)
- Class. Risco:** Emergência

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União, PI)

Médico Solicitante

CAMILA DE SA BEZERRA

Usuário Solicitante

Usuário Padrão - Infoway

Senha

201903240105311

Observação solicitante

ENF. LUDENIRA

Caráter

Retaguarda

Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

CIDs

Fratura da diáfise do fêmur

Procedimentos

Descrição Clínica

16 a, apresenta fratura em diáfise de fêmur direito evidenciada ao raio x, edema e dor em local após trauma por acidente motociclístico há 6 dias, paciente segue com dor intensa que não cede com analgésicos simples ATUALIZAÇÃO: PACIENTE SEGUE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM MELHORA DA DOR

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): Não informado

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 120

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 98

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 18

Frequência cardíaca (0 a 130 bpm ou Não Informado): 87

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 14/03/20
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065

232-2

HOSPITAL GETULIO VARGAS
MVPEP - Prontuário Eletrônico do Paciente
Parecer Médico

Página 1 de 1
Emitido por: MÁRCIO MACEDO VIANA
Em: 29/04/2019 19:07

Dados do Paciente:

Paciente: 473390 MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Idade: 16 Anos 2 Meses

Data de Nascimento: 16/02/2003

Dados da Internação:

Atendimento: 959697

CID: S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Dt Internação: 27/04/2019

Serviço: CIRURGIA ORTOPEDICA

Leito: 580 CL231L03

Enfermaria: CIRII231

Unidade: CL CIRURGICA II

Solicitação do Parecer:

Código: 3561

Data: 29/04/2019

Prestador: MARCIO MACEDO VIANA

Especialidade: 9

~~CARDIOLOGIA~~ *Neurologia*

Descrição: PACIENTE SEXO FEMININO, 16 ANOS, INTERNADA PARA TRATAMENTO DE FRATURA EM FEMUR DIREITO. A MESMA EVOLUI COM LETARGIA E EPISODIOS DE VOMITOS SOLICITADO TC DE CRANIO (29/03) SOLICITO AVALIAÇÃO DA NEUROLOGIA QUANTO A CONDUTA

Dr. Nelson dos Reis Pires

MARCIO MACEDO VIANA

CRM 6252

Paciente alerta, orientada, colaborando com o ex. Dor crânio - irritabilidade ocular intensa e extirpadas preservadas. Minic focal direita - sem alt. de força. Reflexos profundos normais. Postura plantar flexora bilateral. Recomendado fazer EEG dentro de 60 (sessenta) dias.

disponível
Largo
CRM 737

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM

Edna Maria Amato Silva

HOSPITAL GETULIO VARGAS
DE PRONTUARIO/ MAT: 019065

Dados do Paciente:

Paciente: 473390 MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA
Data de Nascimento: 16/02/2003

Idade: 16 Anos 2 Meses

Dados da Internação:

Atendimento: 959697

CID: S723 FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Dt Internação: 27/04/2019

Serviço: CIRURGIA ORTOPEDICA

Leito: 580 CL231L03

Enfermaria: CIRII231

Unidade: CL. CIRURGICA II

Solicitação do Parecer:

Código: 3561

Data: 29/04/2019

Prestador: MÁRCIO MACEDO VIANA

Especialidade: 9

CARDIOLOGIA *Neurologia*

Descrição: PACIENTE SEXO FEMININO, 16 ANOS, INTERNADA PARA TRATAMENTO DE FRATURA EM FEMUR DIREITO, A MESMA EVOLUI COM LETARGIA E EPISÓDIOS DE VÔMITOS.
SOLICITADO TC DE CRÂNIO (29/03)
SOLICITO AVALIAÇÃO DA NEUROLOGIA QUANTO A CONDUTA

Dr. Janelson dos Reis Pires
MÁRCIO MACEDO VIANA
CRM 6252

CRM 6252

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM *[assinatura]*
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019055

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

À CLÍNICA:

MOTIVO DA CONSULTA

DATA

PARECER:

Diretor Técnico: Nairles Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CFM-MA 3538
CRM-PI 1995 CFM-MA 3538
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
ASSISTENTE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 17/05/2019
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONÓSTICO MAT: 019085-A

DATA:

ASS MEDICO ESPECIALISTA



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TEFESINA - P. CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/014-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA**

Prontuário: **473390**

Atendimento: **959697**

Dt. Nasc.: **16/02/2003**

Idade: **16a 2m 12d**

Sexo: **F**

Dados da Solicitação:

Pedido: **147490**

Data Recido: **28/04/2019**

Médico Solicitante: **LAC TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA**

Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII231**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.06.009-5**

Data do Laudo: **30/04/2019**

RADIOGRAFIA DE BACIA

- Fratura completa no colo femoral direito sem desvio.

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM **16/05/19**
Edna Maria Antunes Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO / MAT: 019965



TERESINA, PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-4

Dados do Atendimento:

Atendimento 959697

Idade 16a 2m 12d

Sex: F

Dados da Solicitação:

Data Pedido: 28/04/2019

Setor Solicitante: CLCIRURGICA II

Unid. Internação / Leito: CL CIRURGICA II / CIRII231

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.06.011-7

Data di Lancio: 29/04/2019

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RELATÓRIO: O estudo radiológico do fêmur realizado nas incidências em AP demonstra:

- Fraturas completas recentes no colo sem desvio e na diáfise femural com desvio.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/09/79
Edna Maria Antunes Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019065-1

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PACIENTE
MIKAELLY PRISCILA BORGES

IDADE	CLÍNICA	ORTOPEDIA	ENFERMARIA	LEITO	PRONTUÁRIO
16			231	02	
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT	HORÁRIOS	
04/05/19	FRATURA DIAFISE + COLO DE FEMUR ALERGICA A DIPIRONA 2º DPO; RX OK				
	1. DIETA ORAL LIVRE				
	2. SF 0,9% 1000 ml EV p 24hs				
	3. Ranitidina 50mg - 2ml + AD EV, 12/12 H				
	4. PARACETAMOL 35 GOTAS VO 6/6H SE TAX > 37,8°C				
	5. KEFLIN 1G - 1 FR + AD EV 6/6H				
	6. Tramal 100mg - 1amp + 100ml SF 0,9% EV 8/8H				
	7. Plasil 10mg- 1 amp + AD, EV, até de 8/8h, se náuseas ou vômitos				
	8. ENOXAPARINA 40MG 1AMP SC 1X/DIA				
	9. Captopril 25mg -- 01comp VO se PAS>160 ou PAD > 100 mmHg				
	10. Fisioterapia Motora e Respiratória				
	11. Sinais vitais e Cuidados gerais				
	12. RISCO DE QUEDA				

RETIRAR DRENOS, CIPATINO
ALTA HOSPITALAR

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
Edna Maria A. de Aguiar Silva
Cópia de Prontuário MAT: 0190855-2



SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Seafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
959697

Paciente: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA		Idade: 16 Anos 2 Meses 11 Dias	Sexo: F	Prontuário: 473390
Endereço: ACENT SANTA CLARA		Nº mero: 0	Bairro: ZONA R. J. E. L.	Cidade: UNIAO
UF: PI	DT. Nasc: 16/02/2003	Profissão: ESTUDANTE	Telefone: 86 - 9557.9714	CPF: 83805862900987

Internação: 27/04/2019	Alta: 04/05/2019	Permanência: 08 dias
-------------------------------	-------------------------	-----------------------------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal:: ☐ ☐ ☐ ☐	Y00.999.999 - Diagnóstico Primário de Doença
CID Secundário: ☐ ☐ ☐ ☐	
CID Causa Morte: ☐ ☐ ☐ ☐	

Evolução e Situação na Alta:

Tratamento realizado com sucesso. Paciente em boas condições para alta.

Medicações Utilizadas:

Amoxicilina

Cirurgia: Data: **02/04/2019** Tipo: **Intervenção cirúrgica - Diagnóstico**

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

Retorno ao Hospital Getúlio Vargas em 05/05/2019 para acompanhamento.

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curacao ☒ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com retorno ☐ 1.6. Evasão ☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Admissivo

Transferência:

Vaga cedida por: _____

Transporte: _____

Nome: _____

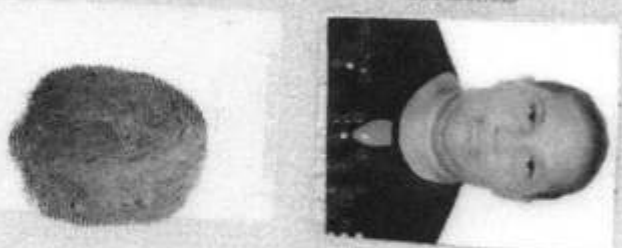
Ass. Médico Assistente: **Dr. João Carlos Pires**

Ass. Médico Assistente: **Ass. Médica**

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
M. Maria Andrade Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019985

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Antonio Eliane Borges de Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.095.620 DATA DE EMISSÃO 21/03/19

NOME ANTONIA ELIANE BORGES DE SOUSA

FILIAÇÃO RITA MONTEIRO DE SOUSA BORGES
ANTONIO FRANCISCO BORGES

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 19/10/1979

DIG. UNICO CERT.CASAM. 15983 L B-46 F 105

CPF EXP TERESINA-PI 08/08/03
897.512.563-72

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

rep. legal - (mãe)

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

Nº da Nota Fiscal 025397642

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	12-08-2019	116	114,59

ANTONIO FRANCISCO BORGES
LC SANTA CLARA S/N B-RURAL
CPF: 0001863381391
CEP: 64.120-010 - UNIAO

ROT: 248.070.04.85.219100

CÓDIGO: 04.126-000 - UNIAO		ROT: 248.070.04.85.21910	
DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	6090	Atual:	05/08/2019
Anterior:	5974	Anterior:	06-07-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	04-09-2019
Consumo Medido:	116	Emissão:	02-08-2019
Consumo Faturado:	116	Apresentação:	05-08-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:	FCAM		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1536855		1.1.1.1	139

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta
Mês/ano consumo	
JUL/19 126	CONSUMO 116 A R\$ 0,88202 = 102,45
JUN/19 125	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,25
MAI/19 131	BONUS ITAPIU - ART. 21 LEI N. 1,11-
ABR/19 128	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,45
MAR/19 149	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,77
FEV/19 163	
JAN/19 153	
DEZ/18 158	
NOV/18 165	
OUT/18 150	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 116 - 0,83476

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Valor R\$
12/2012 78,41

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos existirem débitos vencidos no valor de R\$
***** 78,41 em parcelas vencidas até esta data. Caso o(s)
debtado(s) não tenha(m) sido(s) pago(s), favor nos avisar para
atendimento da Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) con-
sultante(s) de pagamento.

LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode optar pelas formas de pagamento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre no site ou por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO C919.FA01.EFED.9255.9205.BF38.2793.DFF0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 21,54	Base de Cálculo: 102,45
Energia: 41,61	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 7,03	Valor do ICMS: 22,53
Encargos: 3,44	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 28,83	Valor do COFINS: 6,49%

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
D/C		P/C		DMC		DICRI	
Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral

14 53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190574138 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA **Data do acidente:** 24/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO (SEM DESVIO) E DA DIÁFISE (COM DESVIO) DO FÊMUR DIREITO P24

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) P9 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

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 funcional 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: 3190574138 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA **Data do acidente:** 24/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO (SEM DESVIO) E DA DIÁFISE (COM DESVIO) DO FÊMUR DIREITO P24

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) P9 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349932/19

Vítima: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

CPF: 101.238.413-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/03/2019

Titular do CPF: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA : 101.238.413-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019
Nome: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA
CPF: 101.238.413-64

MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190574138

Vítima: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Data do Acidente: 24/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190574138

Vítima: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Data do Acidente: 24/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

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: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004288

Conta: 0000022334-4

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

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

101.238.413-64

Mikaelly Priscila Borges de Sousa

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Mikaelly Priscila Borges de Sousa

101.238.413-64

estudante

Localidade Santa Clara

S/N

Zona rural

União

PJ

69120000

neliuschbaca@gmail.com

86 999 3838 17

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:

Antonia Eliane Borges de Sousa

897.510.563-72

procuradora

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 00022334 4

(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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, União - PE, 08 de outubro de 2019

Antonia Eliane Borges de Sousa

Mikaelly Priscila Borges de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

273-722392654-7

30/SET/2019

HORA DE 08:15:15

LOT: 10.020718-5

TERM: 041445

LOCALIDADE: UNIAO

AG. VINCULADA: 4288

CONTROLE: 634912685

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

4288 013 00022334-4

MIKAELY PRISCILA B SOUSA

VALOR

:

00,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS
273-722392654-7

1ª VIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001627/2019-59

Unidade de Registro: 20ª DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Roberto Carlos Gomes Da Silva

Data/Hora: 16/08/2019 - 10:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20ª DP - UNIÃO

Data/Hora

24/03/2019 - 05:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PI 112, KM 40, LOCALIDADE SÃO BENTO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

BARRACÃO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIA ELIANE BORGES DE SOUSA

RG: 2095620

Tipo Envolv.: RESPONSÁVEL LEGAL/Noticiante

Mãe: RITA MONTERIO DE SOUSA BORGES

Endereço: ASSENTAMENTO SANTA CLARA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9557-9714

Nome: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

RG: 4987508

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: ANTONI ALIANE BORGES

Endereço: ASSENTAMENTO SANTA CLARA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NA DATA E LOCAL MENCIONADOS A FILHA DA DECLARANTE, MIKAELY PRISCILA BORGES SOUSA, TRAFEGAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI, PLACA OEH0654, CHASSI 9C2KC1670DR409006, DE PROPRIEDADE DE RITA MONTEIRO DE SOUSA BORGES, CPF 350.851.003-44, QUANDO O PILOTO PERDEU O CONTROLE E MIKAELY SOFREU UMA QUEDA QUE CAUSOU UMA FRATURA NO FEMUR DIREITO. QUE O ACIDENTE FOI TESTEMUNHADO POR CLAUDENICE DA SILVA FERREIRA, RG 2.134.901, CPF 982.947.683-91, RESIDENTE NA LOCALIDADE SANTA CLARA, ZONA RURAL DE UNIÃO E POR ROSULA RODRIGUES DA SILVA, RG 7.587.313, CPF 704.060.493-00, REIDENTE NA LOCALIDADE SANTA CLARA, ZONA RURAL DE UNIÃO.

Roberto Carlos Gomes Da Silva - Mat.
AGENTE DE POL

Mikaely Priscila Borges de Sousa
MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Nelly Leal Parreira
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

101.238.413-64

Mikaelly Priscila Borges de Sousa

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

5 - Nome completo: Mikaelly Priscila Borges de Sousa 6 - CPF: 101.238.413-64
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Localidade Santa Clara 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: União 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 64120000
15 - E-mail: mrcousa@casaca@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 86 999 3838 17

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: Antonia Eliane Borges de Sousa
18 - CPF do Representante Legal: 897.510.563-72 19 - Profissão do Representante Legal: Procuradora

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4288 CONTA: 00022334 4 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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 (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, União - RJ, 08 de outubro de 2019

Antônia Eliane Borges de Sousa

Mikaelly Priscila Borges de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000022334-4

Nr. da Autenticação 9057C6A8788260EA

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 autorizado pela SEFAZ 06/08

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0643326-0

Nº da Nota Fiscal 025397642

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

CONTA MÊS
AGOSTO/2019
VENCIMENTO
12-08-2019

CONSUMO (kWh)
116

TOTAL A PAGAR (R\$)
114,59

ANTONIO FRANCISCO BORGES
LC SANTA CLARA S/N B-RURAL
CPF: 0001863381391
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 248.070.04.85.219100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	6090	Atual:	05/08/2019
Anterior:	5974	Anterior:	06-07-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	04-09-2019
Consumo Medido:	116	Emissão:	02-08-2019
Consumo Faturado:	116	Apresentação:	05-08-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
	Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.
RESIDENCIAL	MONO	A1536855		1.1.1.1
				Média 12 meses
				139

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
JUL/19	126
JUN/19	125
MAI/19	131
ABR/19	128
MAR/19	149
FEV/19	163
JAN/19	153
DEZ/18	158
NOV/18	165
OUT/18	150

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	116 A R\$ 0,883202 =	102,45
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		13,25
BONUS ITAPIU - ART. 21 LEI N.		1,11
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,45	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,77	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 116 - 0.634476

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano
12/2012

Valor R\$
78,41

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos existirem débitos vencidos no valor de R\$
78,41 em 30/09/2012. Caso o(a) cliente não pague, a
Eletropar irá tomar as providências cabíveis para o
atendimento da Eletropar Distribuição Piauí com o(a) cliente.
vencidos de pagamento.

LIGUE 0800 680 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode optar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO (919.FA01.EFED.9255.9205.BF38.2793.DFF0)

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	21,54	Base de Cálculo:	102,45
Energia	41,61	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	7,03	Valor do ICMS	22,53
Encargos	3,44	Valor do PIS	1,12
Tributos	28,83	Valor do COFINS	5,18

INDICADORES DE CONTINUIDADE

QIC		FIC		DMIC		DICRI	
Mensal	Trimestral	Atual	Mensal	Trimestral	Atual	Mensal	Mensal

14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14