

Audiência x Tribunal x Pje Acesso 11 x Consulta x 0817750 x Sistema x Download x Controle x Audiência x Upload x + -

Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=267388&ca=91a61085096b2... 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** ProceCiv 0817750-11.2019.8.18.0140  
ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO X SEGURADORA LIDER DOS CONS...

9899327 - CONTESTAÇÃO (2721561 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/05/2020 20:55:12

25 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9899325 - CONTESTAÇÃO
  - 9899327 - CONTESTAÇÃO (2721561 CONTESTACAO 01)
  - 9899329 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2721561 CONTESTACAO Anexo 02)
  - 9899334 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2721561 CONTESTACAO Anexo 03)
  - 9899339 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 9899342 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
  - 9899493 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO )

20:55

11 May 2020

EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.

9833427 - Citação

17:47

06 May 2020

2721561 - C3/2020-01936/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
advogado

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08177501120198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT em caso de invalidez parcial do segurado requerida pelo beneficiário deve ser paga integralmente, independentemente da existência de outras fontes de indenização."

ativar o Windows. Exibir todos

protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf Sentença.pdf 2- integral.pdf

20:55 25/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08177501120198180140

**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 **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **05/02/2019**.

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

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

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### **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, CPC<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>“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, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.


## DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

### LESÃO PREEXISTENTE

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico ocorrido em 14/12/2018, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré alegando lesões em joelho direito.

Assim, foi realizada perícia técnica a qual apurou que o autor sofrera trauma no joelho, **APRESENTANDO SEQUELAS PERMANENTES NO JOELHO DIREITO** com repercussão residual (75%), efetuando o pagamento no valor de R\$2531,50:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
Número: 3190195959	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	Data do acidente: 14/12/2018	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
Data da análise: 19/03/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO(SHATZKER VI)				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO P.9). ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
<b>DANOS</b>				
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

Ocorre que o autor também possui o sinistro nº 3200111020, em razão de **ACIDENTE OCORRIDO EM 06.12.2019**, no qual, através de laudo pericial, ficou apurada a existência de invalidez em 23,5% **NO MEMBRO INFERIOR DIREITO**:

### LAUDO PERICIAL



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111020 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
 Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO Data do acidente: 06/12/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020  
 Valoração do IML: 0  
 Perícia médica: Não  
 Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÊMUR DIREITO.  
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS METÁLICOS). ALTA MÉDICA. PÁG 4/7/10/11  
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.  
 Sequelas: Com seqüela  
 Documento/Motivo:  
 Nome do documento faltante:  
 Apontamento do Laudo do IML:  
 Conduta mantida:  
 Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.  
 Documentos complementares:  
 Observações: SINISTRO ANTERIOR 3190195959 COM DATA DE ACIDENTE 14/12/2018 COM INDENIZAÇÃO EM GRAU INTENSO PARA JOELHO DIREITO. O COMPLEMENTO APOS ANÁLISE PARA O SINISTRO ATUAL É DE - 23,5% PARA A QUANTIFICAÇÃO EM GRAU MODERADO.  
 CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR. JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR, CRM/PI Nº 3878, DO HOSPITAL SÃO MARCOS, EM 31/01/2020.  
 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 residual - 23,5 %	16,45%	R\$ 2.220,75
		<b>Total</b>	<b>16,45 %</b>	<b>R\$ 2.220,75</b>

Deste modo, entendendo a Autora, erroneamente, ter direito ao valor da indenização do seguro DPVAT, propôs a presente demanda, pleiteando a diferença que entende ser devida.

Exposta e informada a existência de outro sinistro anterior ao ora pleiteado, vem pleitear em juízo, objetivando o recebimento da diferença de verba indenizatória alegando, agora, ter sofrido acidente ocorrido em 14/12/2018, **ADUZINDO NOVAMENTE TER SOFRIDO LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

Cumprе ressaltar que a ré já havia pagado no processo supracitado a indenização às lesões alegadas pelo autor.

Ocorre que o autor requereu novamente a indenização já paga, agora em sede administrativa, recebendo, conforme comprovado acima, o valor de R\$2531,25 do sinistro 3190195959 e R\$ 2220,75 do sinistro 3200111020.

**NÃO SATISFEITO EM RECEBER DUAS VEZES INDENIZAÇÃO PELAS MESMAS LESÕES, PLEITEIA NOVAMENTE INDENIZAÇÃO ATRAVÉS DA VIA JUDICIAL, ALEGANDO TÊ-LAS SOFRIDO EM ACIDENTE OCORRIDO EM 14/12/2018.**

**EXCELÊNCIA, RESTA CABALMENTE DEMONSTRADO QUE O REQUERENTE SUSTENTA SEU PLEITO INDENIZATÓRIO EM LESÕES IDÊNTICAS ÀS QUE FORAM INDENIZADAS ANTERIORMENTE!!!**

**IMPORTANTE INFORMAR QUE O AUTOR JÁ RECEBEU EM RAZÃO DO JOELHO DIREITO VALOR TOTAL DE R\$ 4752,00 ressaltando que o teto máximo indenizatório para qualquer um dos joelhos é de R\$ 3.375,00(três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**

Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento de coluna					

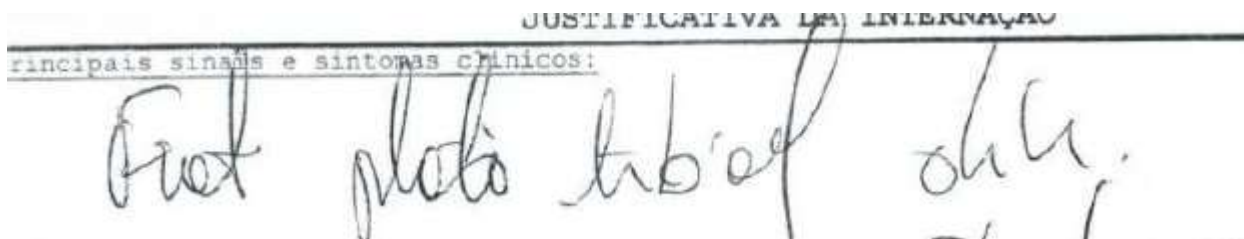
Diferente do que tentar fazer crer o autor, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexa causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez.

Ademais, cabe ressaltar que **estranhamente o autor apresenta aos autos somente documentos informando dor intensa em joelho direito**, todavia, no processo administrativo apresenta ressonância magnética de ambos os joelhos e, analisando ambas as ressonâncias, concluímos que **SOMENTE O JOELHO ESQUERDO APRESENTOU SEQUELAS PERMANENTES DECORRENTES, SUPOSTAMENTE, DO ACIDENTE EM QUESTÃO**, conforme demonstrado abaixo:

Peze moçaci Costa, m...  
com uso de capote, colidido com animal (Cachorro).  
consciente, orientado físico, referindo dor  
intensa em joelho direito, por hipotensão, seg...  
HUT.

**ASSIM, CONFORME COMPROVADO ACIMA, FICA DEMONSTRADO O DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO ANTE AS LESÕES PREEXISTENTES NO JOELHO DIREITO**

30 - Procedimento Principal / Descrição:  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO



Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexos de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autoral.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido com fundamento no artigo 487 inciso I do cpc é a medida que se impõe.

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

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

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

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO(SHATZKER VI)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO P.9).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 14/12/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

## 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:	22/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

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

CLIENTE: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000072903-8

---

---

Nr. da Autenticação BF985DA6DEAEA7D5

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 parciais<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>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

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 STJ<sup>5</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

#### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

---

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.

<sup>5</sup>**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.”

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



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 ação<sup>7</sup>

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.

---

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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

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, 21 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 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					
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 nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08177501120198180140.

Rio de Janeiro, 21 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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000075/2019-61

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 05/02/2019 - 10:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável  
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA  
Tipo Local  
VIA PÚBLICA  
Município  
TERESINA  
Endereço  
RUA RUI BARBOSA, Nº:  
Complemento

Data/Hora  
14/12/2018 - 07:15

509993

Bairro  
MATADOURO

Ponto de Referência  
HOSPITAL MATADOURO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO  
RG: 395217684 PI  
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES GALVÃO  
Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO, Nº 87  
Bairro: PARQUE ALVORADA  
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

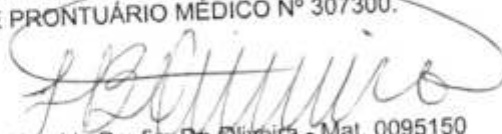
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA


Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

À VÍTIMA NOTICIANTE, ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA RUI BARBOSA, SENTIDO SUL NORTE, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN, COR AMARELA, PLACA PIF-5491 TERESINA PI, RENAVAM 01038940890, PROPRIEDADE DA VÍTIMA; QUANDO ATROPELOU UM CACHORRO E VEIO À CAIR; QUE À VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDA PARA HUT " HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA" CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 307300.

  
Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150  
AGENTE DE POLÍCIA

  
ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



# 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: 667.963.853-49 Nome completo da vítima: Antonio Domingos Rodrigues Galvão

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

Nome completo: Antonio Domingos Rodrigues Galvão CPF: 667.963.853-49  
Profissão: mototaxista Endereço: R. Monteiro Lobato Número: 87 Complemento: lase  
Bairro: Sao Joaquin Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64004-215  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 86 99534-6565

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: 3989 ☐ CONTA: 72903 ☒  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

### 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 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 Lider para verificação da existência de 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTENÇÃO E VERIFICAÇÃO  
13 MAR, 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 - Loja C  
Centro - Teresina - PI - CEP: 64002-470

### 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  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se assente)

Local e Data, Teresina - Piauí 12/03/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio Domingos R. Galvão  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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 1806 02 Data do chamado 14/12/18 03 PRO (código) 2904 04 Saída do PA 07:25 05 Chegada ao local 07:38  
06 Saída do local 07:14 07 Chegada ao 1º hospital 08:16 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º Hospital

Local da Ocorrência

10 Endereço Rua RUI BARBOSA 11 Bairro MATIPORÃO 12 Município-UF TER-PI Código IBGE  
13 Ponto de referência COMERCIAL CARVALHO GALVÃO

Dados do Paciente

14 Nome ANTONIO JOMINGOS RODRIGUES 15 Sexo 1 Masculino 2 Feminino 9 Ignorado 16 Idade 35 anos 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica 1 Sim 2 Não 9 Ignorado

o de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência 01 Acidente de transporte 02 Agressão física-espantamento 03 Agressão física-FAF 04 Agressão física-FAB 05 Urgência psiquiátrica 06 Tentativa de suicídio 07 Envenenamento 08 Afogamento 09 Queimadura 10 Choque elétrico 11 Queda 12 Urgência clínica 13 Urgência obstétrica 14 Transferência 15 Exames complementares 16 Outros 17 Já removido 18 Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vitima 1 Pedestre 2 Condutor 3 Passageiro 9 Ignorado 20 Meio de locomoção 1 A pé 2 Automóvel 3 Motocicleta 4 Bicicleta 5 Ônibus/Micro-ônibus 6 Outro 9 Ignorado 21 Outra parte envolvida 1 Automóvel 2 Motocicleta 3 Ônibus/Micro-ônibus 4 Bicicleta 5 Objeto fixo 6 Animal 7 Outra 9 Ignorado

Exame Físico

23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL 0 Orientada 1 Confusa 2 Palavras inapropriadas 3 Palavras incompreensíveis 4 Nenhuma RESPOSTA MOTORA 0 Obedece a comandos 1 Localiza dor 2 Movimento de retirada 3 Flexão anormal 2 Extensão anormal 1 Nenhum 24 Sinais Vitais Pulso 87 Resp. PA 120/80 TAX. SatO2 95 25 Local da lesão

Assistência

26 Pupilas 1 iguais 2 Desiguais 27 Pulso Radial 1 Cheio 2 Fino 3 Ausente Central 1 28 Sangramento 1 Sim 2 Não 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 1 Aspiração 2 Prancha longa/curta 3 Imobilização de extremidades 4 Oxigênio 5 Colar cervical 6 Reanimação cardiopulmonar 5 Curativos 6 Kred 7 Assistência obstétrica

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino HUT 33 Condições de entrada 1 Melhorado 2 Piorando 3 Alterado 34 Óbito 1 Sim 2 Não 3 Antes do socorro 4 Antes do transporte 5 Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Paciente masculino, 35 anos, pirotorax com uso de capote, colidido com animal (cachorro). Consciente, orientado, parvo, referindo dor intensa em joelho direito, pirotorax hipotímico, segue para hosp de referência HUT.

Responsável pela recepção Dr. Eduardo Almeida Médico SAM-PI-6339 Socorristas Médico JOC Vinícius Dutra da Silva Têc. Enfermagem - FMS AE/TE COREN-PI 594539 Enfermeiro Conductor Edivaldo Perrano

# 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: 22/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000072903-8

---

Nr. da Autenticação BF985DA6DEAEA7D5

CONTA DE  
FEVEREIRO/2019

VENCIMENTO  
20/02/2019

CONSUMO (kWh)  
66

TOTAL A PAGAR (R\$)  
39,94

ODETE DE OLIVEIRA LIRA  
R. MONTEIRO LOBATO 87 1146 SAO JOAQUIM  
CPF: 00016060776353

DA CEPISA 04-004-215 - TERESINA

DATAS DA LEITURA

Atual:		Atual:	
Anterior:	2691	Anterior:	14/02/2019
Constante de Multiplicação:	2625	Próxima Leitura:	14/01/2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	15/03/2019
Consumo Faturado:	66	Apresentação:	12/02/2019
Forma de Faturamento:	Código de irregularidade: FCM	Data de Consumo:	14/02/2019

MÉDIA 12M DA UNIDADE CONSUMIDORA 31

Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Poste Código Fat. Média 12 meses

RENTA BAIXA RENDA

MONO

A1697354

DESCRIÇÃO DA CONTA 1.4.1.1

66

Mês/ano consumo

JAN/19	62	CONSUMO	30 A R\$ 0,300370 =	9,01
DEZ/18	91		36 A R\$ 0,514933 =	18,53
NOV/18	67	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,31
OUT/18	116	DIFERENCA DE TARIFA		31,16
SET/18	85	SUBVENCAO BAIXA RENDA		21,87
AGO/18	79	MULTA POR ATRASO 01/19-00		0,65
JUL/18	47	JUROS POR ATRASO 01/19-00		0,15
JUN/18	69			
MAI/18	33			
ABR/18	59			

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,210590  
31 A 66 - 0,361820

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

FATURADO PELA MÉDIA C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO A  
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/10 ANEEL  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 12/02/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

**RESERVADO AO FISCO**

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:				A390.393B.B40D.AF99.121C.AA85.D05B.4C84			
Energia:				Alíquota ICMS:			
Transmissão:				Valor do ICMS:			
Encargos:				Valor do PIS:			
Tributos:				Valor do COFINS:			
2,44				INDICADORES DE CONTINUIDADE			
17,53				FIC			
				DIREC 3,80 DICI			
Mensal				Mensal			
Trimestral				Trimestral			
Anual				Anual			
Limites				Mensal			
Realizados							
Consumo				5,31 10,63 21,25 3,24 0,88 12,95 3,03			
				0,00 0,00 0,00			

TERESINA-MARQUES

**equatorial**  
ENERGIA  
**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-3

SEU CÓDIGO

12/2018

14,33

0068917-3

39,94

02/2019

20/02/2019

Nº da Nota Fiscal:

017699428

FCM

83610000000 6 39940017000 3 00000000068 7 91730219008 2



SEQ.: 00208 UC: 0068917-3 DT.LEIT.: 14/02/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 2691 MÉDIA 12M TOTAL: 39,94 CARGA: E03  
DT.VENC.: 20/02/2019 IRREG.: 001 COLETOR: 1472

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



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 8-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SERAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 018211785

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

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	297	314,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA FATURA	
Atual:	19725	Atual:	22/02/2019
Anterior:	19428	Anterior:	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/03/2019
Consumo Medido:	297	Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	297	Apresentação:	22/02/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	195

MÊS POR MÊS		DESCRICOES DA FATOR	
Máximo consumo		CONSUMO	297 A R\$ 0,957855 = 284,48
JAN/19	365	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,22
DEZ/18	57	MULTA POR ATRASO 01/19-00	6,76
NOV/18	0	JUROS POR ATRASO 01/19-00	1,01
OUT/18	96		
SET/18	299		
AGO/18	232		
JUL/18	184		
JUN/18	208		
MAI/18	211		
ABR/18	159		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
R\$ 297 - 0,000000			

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO FZC6.737A.1AE0.8044.7501.5023.0972.48B8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TAXAS - R\$	
Distribuição:	53,46	Base de Cálculo:	284,48
Energia:	103,28	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	17,48	Valor do ICMS:	76,80
Encargos:	11,02	Valor do PIS:	4,01
Tributos:	99,24	Valor do COFINS:	18,43

INDICADORES DE CONFIRMAÇÃO								
	TAR			IC			DARIC	TAR II
	Atual	Anterior	Atual	Atual	Anterior	Atual	Atual	Anterior
Consumo	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Valor do PIS	0,00			0,00			0,00	
Consumo: 11 DE SETEMBRO, 2018						Atualizado: 12/10/2018		Atual: 10/10/2018

ROT: 17.001.31.11.020500





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

29-21

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1806	02 Data do chamado 14/12/18	03 PRO (código) 2909	04 Saída do PA 07:25	05 Chegada ao local 07:38
	06 Saída do local 07:19	07 Chegada ao 1° hospital 08:16	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rm - Rm BARRO	11 Bairro MATIPUQUA	12 Município-UF THER-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência COMERCIAL CARVALHO GALVÃO				
Dados do Paciente	14 Nome ANTONIO JOMINGOS ROQUELES	15 Sexo Masculino	16 Idade 35 anos		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros			
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 5 - Obedece a comandos 4 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 2 - Flexão anormal 1 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso 87 Resp. PA 130/80 TAX. SatO2 95		25 Local da lesão
Exame Físico	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	35 Não Removido	
	Observações Interdisciplinar Paciente motociclista, masculino, 35 anos, pirotorando com uso de capacete, colidiu com animal (cachorro). Consciente, orientado, paciente, referindo dor intensa em joelho direito, prfpr hipotensão, segu para hosp de referência HUT.				
Responsável pela recepção Dr. Eduardo Almeida Médico CRM-PI-6339		Socorristas Médico AE/TE JOSÉ VILHADO OLIVEIRA DA SILVA Téc. enfermagem - PMS COREN-PI-594539		Enfermeiro Condutor Edivaldo Pereira	



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antonio Dominges Rodrigues Calvo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 307300

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

**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

- C. Civil  
- S. Previd.**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO		<b>Prontuário:</b> 307300
<b>Mãe:</b> FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO	<b>Pai:</b> LUIZ PEREIRA GALVAO	
<b>End. Resid.:</b> RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 24/04/1983	<b>Idade:</b> 35a7m20d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-99473-8771
<b>Responsável:</b> MARIA DA CONCEICAO		<b>CNS:</b> 898004147720732
<b>Profissão:</b> MOTOTAXISTA		<b>Documento:</b> RG: 39521768 - SSP
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E. Civil:</b> Casado(a)
<b>End. Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 698108	<b>Entrada:</b> 14/12/2018 08:17:42	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060029
<b>Motivo da Procura</b> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b> Indefinido
<b>Breve História Clas. Risco:</b>		

<b>SSVV:</b> (Hora: ____ : ____)
<b>Peso:</b> 0,00 Kg <b>Altura:</b> 0,00 M <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2 <b>Pulso:</b> bpm <b>Pressão:</b> mmHg

<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> PACIENTE VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO X CACHORRO - NO MOMENTO SE QUEIXA APENAS A: VIAS AEREAS PERVIAS, C COLAR CERVICAL - RETIRADO CONFORME EXAME FISICO B: AP: MV+ BILATERALMENTE SRA, EUPNEICO EM AR AMBIENTE SATO2= 98% AR AMBIENTE C: FC:90BPM ABDOMEN INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITACAO PERITONEAL D: ECG: 15 E: LEVE HEMATOMA EM TORA X	<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b> <b>DPVAT</b> CONTEUDO NAO VERIFICADO 13 MAR, 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
---	--

<b>Diagnóstico Inicial:</b> ?	<b>ctb:</b>
----------------------------------	-------------

<b>Exames Complementares:</b> (1118560) - TORAX PA (1118561) - PERNA DIREITA (1118562) - COXA DIREITA
--

<b>Prescrição Médica:</b>
---------------------------

<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b>
<b>Observação (Adulto)</b> <b>DATA:</b> / / <b>HORA:</b> :

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES  
6339 PI Em: 14/12/2018 08:33:51



NOME Antonio Domingos Rodrigues IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 14/12/2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL (X) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Luxação de joelho. CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>133/77</u>	<u>146/80</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>	<u>108</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>/</u>	<u>36.4</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>	<u>1</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Bayz</u>	<u>Bayz</u>

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS. <u>Maria Jardenia de Oliveira</u> Enfermeira COREN PI 484.168	

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em PQI de fratura de joelho; segue consciente; ar ambiente.

Maria Jardenia de Oliveira  
Enfermeira  
COREN PI 484.168

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

PRESCRIÇÃO MÉDICA

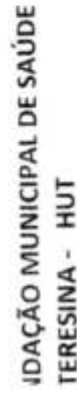
ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

POSTO [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI [ ] PED. INFLU. [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUIFIM CLÍNICA [ ] PED. MORT. [ ] INFLU. [ ] ICIR [ ] IMED.



**URGÊNCIA**

**PRESCRIÇÃO N.º 1.111.111**

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO		307300	24/04/1983	35	Ortopédica	233	EXT. 1	
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
CÓDIGO								
DI : 14/12/2018	FRAT PLATO TIBIAL D							
16/12/18								
1	Dieta oral livre							
	Visto Nutricionista Ediana Nogueira CRN/PI 3716							
2	jelco salinizado							
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN //							
5	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
6	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
7	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
8	clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 13 MAR. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470</div>								
Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Yuri Iivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3765-TEOT11305 / CRM3367								



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - HUT

HOS(

JRGÊNCIA

PRESCRIÇÃO N.º 01/CA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC		IDADE	CLÍNICA	233	EXT. 1	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO		307300		24/04/1983		35	Ortopédica						
PRESCRIÇÃO MÉDICA													
DATA/HORA CÓDIGO		FRAT PLATO TIBIAL D											
15/12/18													
1		Dieta oral livre											
2		Gelco salinizado											
3		Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs											
4		Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN											
5		Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h											
6		Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs											
7		Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N											
8		clexane 40mg 1amp SC 1XDIA											
9		Curativos diários											
10		Cuidados gerais e sinais vitais											
<div><div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO</div><div>13 MAR. 2019</div><div>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470</div></div>													
Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho													
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia													
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM1367													



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

SPX DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Responável

NOME DO PACIENTE <i>Antonio de Souza</i>		PRONTUÁRIO <i>307300</i>	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP <i>233 / EXT</i>	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES
<i>14/12/18</i>	<i>P.O.I</i>					
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO					
2	SF 0.9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN					
3	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H					
5	DIPIRONA 1G - 1/2 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg-AMP-1AMP+AD EV 12/12H					
7	TRAMAL 100mg-1 AMP+100ml SFO.9% 8/8H SN					
8	CURATIVO					
9	CCGG*SSW					
			RAIO-X REALIZADO			
			DATA <i>14/12/2018</i>			
			Técnico: <i>[assinatura]</i>			
			<i>17:10 - Paciente admitido nesta clínica, providen-</i>			
			<i>te da SRA no P.O.I</i>			
			<i>de fratura de platô</i>			
			<i>fibular D. Consente</i>			
			<i>o tratamento, receptivo</i>			
			<i>ao diagnóstico. Negar</i>			
			<i>alguma medicação</i>			
			<i>nos últimos meses.</i>			
			<i>24:00 P.A. = 110</i>			
			<i>[assinatura]</i>			

Elaborado por: *[assinatura]*  
Data: *14/12/18*  
Hora: *17:10*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 MAR. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**  
Fundação Municipal de Saúde

233

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/12/15

NOME DO PACIENTE:	<u>Antonio Domingos Rodrigues</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>307300</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fract. de Placa Tibial (D)</u>	CIRURGIA:	<u>Fix. de Placa Tibial</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Marcelo</u> <small>Flávio Maciel B. de S. Bastião Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3102</small>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Marcelo</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Valdirene</u>	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>6.5</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>eletrodos</u>	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b>  <b>OPVAT</b>  <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b>  <b>13 MAR. 2019</b>  <b>GENTE SEGURADORA S/A.</b>  Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  Centro - Norte CEP: 64.002470  <b>ORIGINAL</b></p> </div>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>News</u>		
PROLENE							



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Antonio Domingos Rodrigues Galvão*

Diagnóstico pré-operatório *Fract. platô direito Shatzker VI*

Operação - Tipo *Fixação*

Cirurgião *Flávio Maciel B. da Silva* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *14/12/2018* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Raqueo cirúrgico, DDA, enquerpo, anti-rotatório, enquerpo, redução, sob-pressão e fixação externa transcutânea e fixação externa tubo e tubo. Curativo*

*Flávio Maciel B. da Silva*  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-P 3102





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

**AValiação PRÉ-ANESTÉSICA**

Nome: <u>Antônio Demunçes Rodrigues Galvão</u>	Prontuário: <u>307300</u>	Data: <u>14/12/18</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>35 anos</u>	Peso: <u>—</u>
Procedimento (s) proposto (s): <u>Fratura de platô tibial D - tratamento cirúrgico</u>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**ANAMNESE**

1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
- ergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
8 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

**EXAME FÍSICO**

PA: <u>150/100</u>	Pulso: <u>110</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) <input checked="" type="checkbox"/> (3) (4)
1. Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado:	<u>HAS, taquicardia</u>
3. Neurológico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado:	<u>Fratura de platô t.b.al D</u>

**EXAMES COMPLEMENTARES**

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG		RX Tórax
ECO		

ASA: <u>II</u>	Anestesia proposta: <input type="checkbox"/> Geral <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Raqui</u>
----------------	--

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Dr. Antônio G. Oliveira  
CRM-PA 10005

CRM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 MAR, 2019  
GENTE SEGURO S.A.  
Rua Coelha de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

ORIGINAL  
MARCAÇÃO 04740  
SANE - HUI  
CONFERE COM O ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

228976

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

laudo nº 159325

1- Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação
3- Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>22897</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: <b>ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO</b>	6 - Prontuário: <b>307300</b>
7-CNS: <b>898004147720732</b>	8-Nascimento: <b>24/04/1983</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>39521768 - SSP</b>
10-Mãe: <b>FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO</b>	12-Fone: <b>86-99473-8771</b>
13-Resp: <b>MARIA DA CONCEICAO</b>	14-Cor: <b>Parda</b>
15-Ende: <b>RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod. IBGE: <b>221100</b>
	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64000-010</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - Principais sinais e sintomas clínicos: <b>Fract. platô tibial obl. Shatzker VI</b>
11 - Condições que justificam a internação: <b>Fract. obl.</b>
12 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <b>Amn + Rx + E + RNC</b>
13-Diagnóstico Inicial: <b>Fratura da extremidade proximal da tibia</b>
24-CID Prim: <b>S821</b>
25-CID Sec.: <b></b>
26-CID C.Aas: <b></b>

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

14-Cod. Proced.: <b>0408050683</b>	27- Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO</b>
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b>
	31-Docum.: <b>01</b>
	32-Doc. Méd. Solic.: <b>CPF 841.275.623-15</b>
33- Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO</b>	34-Data Solicitação: <b>14/12/2018</b>

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto			
45- Vínculo com a Previdência:	GENTE SEGURADORA S.A.		
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado	Rua Coelho de Souza 465 Loja C		

## AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento:	49-Num. Documento:
50-CNS: ( ) CPF:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Moua da Conceição Silva Lima

14/12/18  
 Marcondes Martins S. Moura  
 Médico Auditor - FMS - Teresina  
 CRM-PI 1280 - CNS 17026395120901  
 Carimbo (Rg. Conselho)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 159325 AIH: 2218101186444
--	--

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT	CNES 5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 990004147720732	NOME DO PACIENTE ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	NASCIMENTO 24/04/1983	SEXO M	PRONTUÁRIO 2017384
DOCUMENTO CPF 86994738771	TELEFONE 86994738771	NOME DA MÃE FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO	RESPONSÁVEL MARIA DA CONCEIÇÃO	
CEP 64000000	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA MONTEIRO LOBATO		NÚMERO / LOTE 87	
BAIRRO PARQUE ALVORADA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE DE MOTO

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX FÍSICO

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

020005063 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURAL LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) FLAVIO NUNEL BARBOSA DE SANTANA (ORTOPEDISTA) CPF: 84127562313	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 MAR. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 14/12/2018	
DATA ADMISSÃO 14/12/2018 08:17	DATA ALTA 24/12/2018 14:14	MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) TÂNIA MONTEIRA ARPALEAO CPF: 4706129315	CRM: 14120015	DATA ANÁLISE: 14/12/2018 14:14:28	NOME DO PROFISSIONAL - PARECER DE CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA CPF: 84127562313	CRM: 14120015	DATA: 14/12/2018
--	---------------	-----------------------------------	--	---------------	------------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
1- Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>228976</b>

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: <b>ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO</b>	6 - Prontuário: <b>307300</b>		
7-CNS: <b>898004147720732</b>	8-Nascimento: <b>24/04/1983</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>-</b>
11-Mãe: <b>FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO</b>	12-Fone: <b>86-99473-8771</b>		
13-Resp: <b>MARIA DA CONCEICAO</b>	14-Fone: <b>86-99473-8771</b>		
15-Ende: <b>RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010</b>			
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050683</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030406</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>	Quant. Soli- cidata: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>PIMMES</b>		

38-Profissional Responsável: <b>FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	 41-Ass. Carimbo Med.Sol.(CRM) <b>Flavio Maciel Barbosa de Santana Coutinho - CRM-PI 3102</b>
39-Data Solicitação: <b>14/12/2018</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>841.275.623-15</b>	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Rest. platô lin.*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS PRIVAT 48-CNS/OPF: <b>CONFEUO NAO VERIFICADO</b>
50-Justificativa da 'NÃO' autorização:		<b>13 MAR. 2019</b>
50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	GENTE SEGURADORA S.A. 49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): <b>Rua Celso de Resende, 405 Loja C</b> <b>Centro - Norte CEP: 64.002470</b>
		<b>14/01/19</b> <b>Marcondes Martins S. Moura</b> <b>Médico Auditor - FMS - Teresina</b> <b>CRM-PI 1250 - CNS 17026395120001</b> <b>Rua Celso de Resende (Rg. Conselho)</b>

(KARLA BATISTA)

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO** (Prontuário: 307300)  
Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 24/04/1983 Idade: 35a7m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 698108  
Requisição: 900923 Solicitação: 14/12/2018 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1118562 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 14/12/2018

**COXA DIREITA**

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

**CONCLUSÃO:** Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 23/12/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável




**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO** (Prontuário: 307300)  
 Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 24/04/1983 Idade: 35a7m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 698108  
 Requisição: 900923 Solicitação: 14/12/2018 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
 Controle: 1118561 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod SIA: 0204060168

Data Exame: 14/12/2018

**PERNA DIREITA**

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na tíbia e fíbula proximais.

(LUÍS CEZAR)

TERESINA - PI 23/12/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b>
<b>DPVAT</b>
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 MAR. 2019
<b>GENTE SEGURADORA S.A.</b>
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 96 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO** (Prontuário: 307300)  
Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 24/04/1983 Idade: 35a7m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 698108  
Requisição: 900923 Solicitação: 14/12/2018 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1118560 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

### TORAX PA

Data Exame: 14/12/2018

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 23/12/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710  
Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 MAR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



## Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 \* Fone 086 2106-8000 \* 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06870026/0001-77 \* I. E. Isento

www.saomarcos.org.br

À DPVAT

Atesto para os devidos fins que o  
paciente Antônio Damasceno R.  
Júnior foi vítima de acidente de  
trânsito (sic) evoluindo com grave  
fratura de tíbia proximal @. Passou  
por dois (2) procedimentos cirúr-  
gicos no HUT. Hoje encontra-se  
com limitação de 10% da função  
do MI @.

5821

06/05/19.

Dr. Jamerson M. de L. Lima  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-P: 3878 / TEOD - 1104

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉIDO NÃO VERIFICADO
08 MAIO 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.362.708 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/03/16

NOME ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO

FILIAÇÃO FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES GALVÃO  
LUIZ PEREIRA GALVÃO

NATURALIDADE PIRACURUCA-PI DATA DE NASCIMENTO 24/04/1983

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 107718 L B361 F 68

CPE EXP SÃO BERNARDO DO CAMPO-SP 16/07/09

TERES 667.963.853-49

MARCO ANTONIO PINHEIRO DE MASCARENHAS  
ASSINATURA DO DIRETOR T. U. D. M. Martins

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

POLEGAR DIREITA

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0833007

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476253

NELLE ROZE SOARES MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE  
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DCC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L A1/F 141  
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013604471736  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
EXERCÍCIO 2019  
VIA 1 01038940890

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVA

66796385349

66796385349

902KC1650PR014932

PAS/MOTOCICLE/VEHICULO

HONDA/CG 150 TITAN ESD

02P/01490C

1 1PVA

2 PAGO

3

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

31/01/2019

TERESINA

LOCAL

31/01/2019

31/01/2019

31/01/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013604471736 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 31/01/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 66796385349 PLACA PIF-5491

RENAVAM 01038940890 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB 2015 CAT. 09 Nº CHASSI 902KC1650PR014932

PREMIO TARIFARIO 000,00

PREMIO TOTAL (R\$) 000,00

DATA DE PAGAMENTO 31/01/2019

TERESINA

31/01/2019

31/01/2019

31/01/2019

31/01/2019

31/01/2019

31/01/2019

31/01/2019

31/01/2019

31/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA TIBIA E FIBULA PROXIMAIS DIREITA

**Descrição do exame físico:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO.

**Resultados terapêuticos:** EDEMA LOCAL, LIMITACAO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/05/2019

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:**

## DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA TIBIA E FIBULA PROXIMAIS DIREITA

**Descrição do exame físico:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO.

**Resultados terapêuticos:** EDEMA LOCAL, LIMITACAO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/05/2019

**Conduta mantida:** Sim

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO(SHATZKER VI)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO P.9).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO(SHATZKER VI)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO P.9).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (SHATZKER VI).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ 1 SEGURADO JÁ INDENIZADO ANTERIORMENTE EM 75% (GRAU INTENSO), PERTINENTE A PERDA COMPLETA DA MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO. SOLICITADO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER SE HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO JÁ INDENIZADA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (SHATZKER VI).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SEGURADO JÁ INDENIZADO ANTERIORMENTE EM 75% (GRAU INTENSO), PERTINENTE A PERDA COMPLETA DA MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO. SOLICITADO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER SE HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO JÁ INDENIZADA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Antonio Domingues Rodrigues Galvão  
 RG: 4.362 708 ORG. EMISSOR: SSP / RS D. EXPEDIÇÃO: 07/03/16  
 CPF: 667.963.853-49 ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: mototaxista  
 ENDEREÇO: Rua Monteiro Lobato Nº: 87  
 COMPLEMENTO: casa BAIRRO: parque Alvorada  
 CIDADE: Teresina ESTADO: PI CEP: 64.005300 TELEFONE: \_\_\_\_\_

## OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Raze Soares Marques  
 RG: 4-149 262 ORG. EMISSOR: SSP PE D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14  
 CPF: 84017317391 ESTADO CIVIL: solteira PROFISSÃO: Recurso-me  
 ENDEREÇO: Rua 24 de janeiro Nº: 544  
 BAIRRO: Centro norte CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64.000235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Antonio Domingues Rodrigues Galvão

Data do acidente de trânsito: 14.12.18

Cobertura da vitima: Invalidadez

LOCAL / DATA: Teresina p/avi 05-02-2019

X Antonio Domingues Rodrigues Galvão

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO DOMINGUES RODRIGUES GALVAO, DOU FE. EM TEST. SAIO:AAA90205-WLDE TERESINA-PI, 05/02/2019. www.tjpi.jus.br/portalextra JUDITE DE CASTRO CARDOZO-Escritoriente Autorizada Emcl:13,85 Tj:0,77 FMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:135 PROCURACAO PARTICULAR



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085325/19

**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALV/

**CPF:** 667.963.853-49

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 14/12/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO DOMINGOS  
RODRIGUES GALVAO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO : 667.963.853-49

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](http://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: 13/03/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085325/19

**Número do Sinistro:** 3190195959

**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALV/

**CPF:** 667.963.853-49

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 14/12/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO DOMINGOS  
RODRIGUES GALVAO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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: 08/05/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

\_\_\_\_\_  
NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

\_\_\_\_\_  
Ozeas Chaves Vieira Junior

---

**Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190195959**

**Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**

**Data do Acidente: 14/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**

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, 29 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190195959

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

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

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000072903-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190195959**

**Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**

**Data do Acidente: 14/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**

Nº Sinistro: **3190195959**  
**ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**

Data do Acidente: **14/12/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190195959**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 14338669





# 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:	
	667.963.853-49	Antonio Domingos Rodrigues Galvão	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:	CPF:		
Antonio Domingos Rodrigues Galvão	667.963.853-49		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
metalurgista	R. Monteiro Lobato	87	Loja
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Sao Joaquim	Teresina	PI	64.004-215
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(86) 99534-6565		

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)

AGÊNCIA: 1989 ☐ CONTA: 72903 ☐ 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 ressarcimento 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 ou não de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
INVALIDEZ PERMANENTE  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
13 MAR. 2019

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Piauí 12/03/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

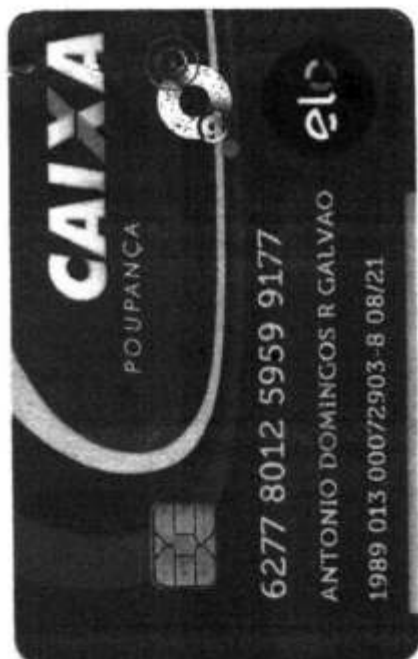
Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190195959  
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Domingos Rodrigues Galvao  
Endereço do(a) Examinado(a): R Monteiro Lobato, 87 1146  
Sao Joaquim Piracuruca PI CEP: 64004-215  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 4362708  
Data local do acidente: [ 14/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 21/05/2019 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA COMINUTIVA DA TIBIA E FIBULA PROXIMAIS DIREITA**

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

**Tratamento: PLACA E PARAFUSO METALICO**  
**Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO**  
**Data da Alta: 14/02/2019**

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

**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO.**

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

☒ (X) Sim      ( ) Não

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

☒ (X) Sim      ( ) Não

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

**LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO COM DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO GRAU 2, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO -LIMITADO EM 20 GRAUS.**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200111020 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS METÁLICOS). ALTA MÉDICA. PÁG 4/7/10/11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SEQUELA EM SEGMENTO JÁ INDENIZADO, EM SINISTRO ANTERIOR 3190195959 EM GRAU - INTENSO. O COMPLEMENTO APÓS ANÁLISE PARA O SINISTRO ATUAL É DE - 10 % PARA A QUANTIFICAÇÃO EM GRAU RESIDUAL.  
"

**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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.220,75

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

CLIENTE: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000072903-8

---

Nr. da Autenticação 3B3690C8DDB32AAB

---

**Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200111020**

**Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**

**Data do Acidente: 06/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**

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, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111020

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

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\$ 2.220,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 23.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (23.5% de 70%) 16,45%

Valor a indenizar: 16,45% x 13.500,00 = R\$ 2.220,75

Recebedor: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Valor: R\$ 2.220,75

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000072903-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

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):

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 72903

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (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

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, 06/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**

POUPANÇA



6277 8012 5959 9177

ANTONIO DOMINGOS R GALVAO

1989 013 00072903-8 08/21

elo



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003236/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/01/2020 09:22 Data/Hora Fim: 31/01/2020 09:32  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 06/12/2019 07:15

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Bairro: São Joaquim  
Logradouro: av. boa esperança

Ponto de Referência: 9º batalhão  
Tipo do Local: Via Pública



Meio(s) Empregado(s)	
Natureza	Veículo
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB )	

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 24/04/1983 Idade: 36 anos  
Naturalidade: PI - Piracuruca Profissão: Autônomo  
Estado Civil: União Estável  
Nome da Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES GALVAO Nome do Pai: LUIZ PEREIRA GALVAO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 667.963.853-49  
RG - Carteira de Identidade: 4362708

Endereço

Município: Teresina - PI Nº: 87  
Logradouro: RUA MONTEIRO LOBATO CEP: 64.005-300  
Bairro: SAO JOAQUIM

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição motocicleta	CPF/CNPJ do Proprietário 667.963.853-49
Placa PIF5491	Renavam 01038940890
Número do Motor KC16E5F014932	Número do Chassi 9C2KC1650FR014932
Ano/Modelo Fabricação 2015/2015	Cor AMARELA
UF Veículo Piauí	Município Veículo Teresina



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003236/2020

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 31/07/2017

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, DE PLACA PIF-5491, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM VEICULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO CONDUTOR DO VEICULO ENVOLVIDO E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 307300). TESTEMUNHA: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA LIRA, RUA MONTEIRO LOBATO, 1162-PQ. ALVORADA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

ASSINATURAS

Claudio Costa de Sousa

Agente de Polícia

Matrícula 1085166

Responsável pelo Atendimento

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 667.963.853-49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Domingos Rodrigues Galvão

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

5 - Nome completo: Antonio Domingos Rodrigues Galvão 6 - CPF: 667.963.853-49  
7 - Profissão: metalaxista 8 - Endereço: R. Monteiro Lebrato 9 - Número: 1146 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: São Joaquim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64004-215  
15 - E-mail: eduanseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 72903 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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

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, Teresina - PI 06/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA - OK

SVMM

# BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 06/12/2019 09:13:52  
User: MOISES SA  
(Estação: CONSULPA03)

## DADOS DO PACIENTE:

**Nome:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Pai:** LUIZ PEREIRA GALVAO  
**Mãe:** FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO  
**End.Resid.:** RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010  
**Nascimento:** 24/04/1983 **Idade:** 36a7m12d **Sexo:** Masculino **Fone:** 86-94738-771  
**Responsável:** MARIA DA CONCEICAO **CNS:** 898004147720732  
**Profissão:** MOTOTAXISTA **Documento:** RG: 39521768 - SSP  
**G. Instrução:** Não informado **E.Civil:** União Estável

## DADOS DO ATENDIMENTO:

**Código:** 755313 **Entrada:** 06/12/2019 07:43:00 **Convênio:** S U S **Proced:** 0301060029  
**Motivo da Procura**  
**Conforme Paciente/Acomp:** ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)  
**Condução:** AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**Sinal/Sintoma de Apresentação:** **Classificação:** **Cor:** Indefinido

Breve História Clas. Risco:

**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 VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CARRO), HÁ 1 HORA, TRAZIDO PELO SAMU, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR EM JOELHO DIREITO  
A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.  
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO  
NEGA DOR TORACICA.SAT 02:99%.  
C)AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL. FC 115BPM.  
D)GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE. AUSÊNCIA DE DEFICITS MOTORES E SENSITIVOS  
E) JOELHO DIREITO EDEMACIADO

Diagnóstico Inicial:

## Exames Complementares:

(1378874) - JOELHO DIREITO

## Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

## Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: / /

HORA: : :

*Mauro da Conceição da Silva*  
Assinatura Paciente ou Responsável

MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ  
CRM 6780 PI Em: 06/12/2019 08:13:51



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

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**32,63**

ROT: 10.001.33.20.033700

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A	30	-	0,218560
31 A	61	-	0,360950

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC		FIC		DMC		DICRI	
Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal

MATRICULA 13302825-9 FATURA Nº 150385555  
MÊS/ANO 2/2020

ENDEREÇO  
MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES

RUA VINTE E QUATRO DE  
JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO  
001-00041-005250

GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO	MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
01/2020	Mínimo	00	00	10
10/2019	Lido	02	02	10
11/2019	Lido	01	01	10
10/2019	Lido	00	00	10
09/2019	Medida	01	01	10
08/2019	Lido	03	03	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
1 Comercial - Normal

DATA LEITURA  
ANTERIOR 02/01/2020 181  
ATUAL 03/02/2020 182

CONSUMO MÊS M3 10

LEI 12.741/2012  
PIS. PASEP 15,61 x 1,65% = 1,90  
COFINS 115,61 x 7,60% = 8,78

TABELA DE TARIFAS  
RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA  
VALOR REFERENTE AGUA - 62,92 REF. VALOR 62,92  
> Comercial-Normal 10,0 m3  
VALOR DE ESGOTO - 50,33 10,0 m3 50,33  
> Comercial-Normal 001/001 0,04  
JUROS POR ATRASO 001/001 2,32  
MULTA POR ATRASO

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIMENTO 14/02/2020 TOTAL A PAGAR 115,61

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM  
A VIOLAÇÃO DO CORTE / AUTO RELIGAÇÃO PELO CONSUMIDOR E PASSÍVEL DE  
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3003	2991	12	1,42	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	3336	3285	51	4,59	Inferior a 15
PH	2415	2376	39	6,76	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3282	54	1,23	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1184	1184	0	Ausente	Ausente
	1184	1184	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 03/02/2020 HORA DA EMISSÃO: 10:27

MATRICULA 13302825-9

FATURA Nº 150385555  
MÊS/ANO 2/2020

VENCIMENTO 14/02/2020

VALOR A PAGAR 115,61

82650000001-1 15611535000-1 00202015038-5 55550100104-7



Da na conta

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Domingues Rodrigues Galvão inscrito  
no CPF sob o Nº 667.963.853/49 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
Antonio Domingues Rodrigues Galvão inscrito (a) no CPF sob o Nº 667.963.853/49 conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

X  
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		Número	Complemento
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 06 de Março de 2020  
Local e Data

X Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 307300

**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. Oito Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3.118 5445

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 80176 - Em: (06/12/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
755313	307300	ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	24/04/1983	SALA VERDE			MOISES FRANCO AMORIM VIEIRA DE SA				
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:									
Hora:		Alergias:									
Seq.:		Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horário:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta		ORAL Tipo ORAL ZERO,								8:15.	
1		DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER AGORA		1,00	Ampola	EV	SN	ACM	AD		

*Moises Franco Amorim Vieira de Sa*  
Médico Assistente

Luiz Carlos Pereira Coutinho  
Matrícula: 69004  
SAME - HUT  
Confere com Original

*Luiz Carlos Pereira Coutinho*



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

269119

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES  
5828856Código da  
Internação:4-CNES  
5828856

253305

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

6 - #contuário: 307300

RG: 898004147720732

8-Nascimento: 24/04/1983

9-Sexo: Masculino

RG: 39521768 - SSP

Mãe: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO

12-Fone: 86-94738-771

Pai: MARIA DA CONCEICAO

14-Cor: Parda

End: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010

Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA EM JOELHO DIREITO

FRATURA DE CONDILO FEMURAL LATERAL

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL CONSOLIDADA PREVIA

Condições que justificam a internação:

NECESSITA TRATAMENTO CIRURGICO

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

Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do fêmur

24-CID Prim:  
S724

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050586

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR

Tempo SUS  
4

Minica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

746.635.933-72

Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

06/12/2019

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Acidente de Trânsito

Acidente Trabalho Típico

Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

Vínculo com a Previdência:

Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

Documento:

49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (LAO TSE)

Consulta Local: 755313

Consulta SUS:

Impressão: 06/12/2019 09:15:38

Maria da Conceição da Silva Lima





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS  
Fundação Municipal  
de Saúde

Fis Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/12/2010

NOME DO PACIENTE: Antonio Damasceno R. G. G.	PRONTUÁRIO Nº. 307300
DIAGNÓSTICO: Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia	CIRURGIA:
ANESTESIA: Dr. Adriano Cir. Quadrit	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Jamerson	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Raquel	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Leandro	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	200	
AGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRC-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	00		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		eletooth	unid	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	<p>OCORRÊNCIA</p> <p>Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia Cir. Quadrit CRM: 307300 TEOT: 11094</p>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: Ines			
PROLENO							





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	253305

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome:	ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO			3 - Prontuário:	307300		
1-CNS:	898004147720732	8-Nascimento:	24/04/1983	9-Sexo:	Masculino	CPF:	-
11-Mãe:	FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO			12-Fone:	06-94738-771		
13-Resp:	MARIA DA CONCEICAO			14-Fone:	86-94738-771		
Endere:	RUA MONTEIRO LORATO 87 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010						
Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

11-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:			
0408050586		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR			
12-Cod.Proced. Especial		32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Solicitadas:	
0702030040		ARRUELA LISA		1	
Fornecedor da OPM: PIMES					
13-Profissional Responsável:			40-Tp. Documento:		
TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA			CPF		
14-Data Solicitação:			40-N5.Doc. Méd. Solic.:		
09/12/2019			746.635.933-72		

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fratura do fêmur Distal*

**AUTORIZAÇÃO**

14-Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	/ /	
15-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
16-Nome do Profissional/parecer controle avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	/ /	
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(KARLA BATISTA)



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	253305

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	ANTONIC DOMINGOS RODRIGUES GALVAO			9 - Transfusão:	207300		
CNS:	898004147720732	8-Nascimento:	24/04/1983	9-Sexo:	Masculino	CPF:	-
11-Mãe:	FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO			12-Fone:	86-94738-771		
13-Resp:	MARIA DA CONCEICAO			14-Fone:	86-94738-771		
15-Endeç:	RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - 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.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050586	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR	
32-Cod.Procedi-mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli-cidata.
0702030732	PARAFUSO ESPONJOSO 6,5 MM	1
Fornecedor da OPM: PIMES		

33-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia Cir. Quadril CRM: 38777 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
D TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	CPF	
34-Data Solicitação:	40-No.Doc. Méd. Solic.:	
09/12/2019	746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fract fêmur distal

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	/ /	
49-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)

(KARLA BATISTA)



PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltd  
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESE  
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA  
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222 4458  
CEP: 64000-300 • Teresina - Piauí  
C.N.P.J (ME) 07475148/0001-21

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Antonio Domingos Rodrigues Goleão  
Nº AIH: 253305  
Nº do Pror tuário: 307300 Data da Internação: 1/1/1  
Procedimento Médico Realizado: 0408090586  
Indicador de Compatibilidade: 0702030040/0702030332  
MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Jamerson  
CRM Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_  
DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 09/12/19 DATA DA ALTA: 1/1/1

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>040</u>	<u>01 parafuso espongoso R32 m= 75</u> <u>01 archeda lisa</u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado

Teresina 09 de dezembro de 2019  
Nome do Hospital: HUT Teresina  
C.N.P.J: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Nome: Anália

Dr. Jamerson  
Ortopedia  
CRM: 3208  
TEP: 11094



Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO  
 Nome da Mãe: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO  
 Sexo: Masculino Data de Nascimento: 24/04/1983 Idade: 36 Peso: 65  
 Prontuário: 307300 Cartão SUS: 898004147720732  
 Diagnóstico: Fratura da extremidade distal do fêmur  
 Indicação de Transfusão: cirurgia de grande porte  
 Localização: posto 2

## EXAMES LABORATORIAIS QUE JUSTIFIQUEM A TRANSFUSÃO: (SE DISPONÍVEIS)

Ht: 44.8% Plaquetas: 216000 TAP: seg. % INR:  
 TTPA: seg. Reação(TTPA): Fibrinogênio: mg/dl.  
 Observações: mg/dl.

## HISTÓRICO DE TRANSFUSÕES

Transfusões Prévias: Não Tipo de Hemocomponente:  
 Reação Transfusional Prévia: Tipo de Reação:  
 Antecedentes Gestacionais: Gesta: Para: Aborto:

## TIPO DE HEMOCOMPONENTE HEMODERIVADO

Concentração de Hemácias (C.H.): Quantidade: 01 unidade(s)

O médico do serviço de hemoterapia pode suspender uma transfusão, quando considerá-la desnecessário.

Portaria 158, de 04 de fevereiro de 2016 - MS

## PO DE TRANSFUSÃO

De urgência (dentro de 3 horas)

JOSE FERREIRA NETO  
 CRM: 13538  
 Pediatra

Data: 09/12/2019 06:40:11

JOSE FERREIRA NETO

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável

ATENÇÃO: SE HORÁRIOS DIFERENTES, PREENCHER UM PEDIDO PARA CADA HORÁRIO.

## TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

Art. 171. Na hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação do sangue total ou concentrado de hemácia antes do término dos testes pré-transfusionais pode ser feita, desde que obedecidas as seguintes condições:

I - O quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente;

II - O quadro clínico do paciente justifique a emergência, estipulado a modo como esta liberação será realizada;

III - Termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afixe expressamente o conhecimento de risco e concorde com o procedimento;

IV - As provas pré-transfusionais devem ser finalizadas, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.

§ 3º Se não houver amostra do paciente no serviço de hemodinâmica, esta deve ser colhida assim que possível.

§ 6º As amostras deste paciente sejam colhidas antes da transfusão ou pelo menos da administração de grande quantidade de hemocomponentes, pois isto pode comprometer o resultado dos testes pré-transfusionais.

Texto retirado da Portaria 158 de 04 de fevereiro de 2016

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o (a) paciente acima referido que se encontra sob minha responsabilidade médica.

☐ Concordo em aceitar o(s) concentrado(s) de hemácia(s) sem prova de compatibilidade pela emergência do paciente.

☐ Existe grau de incompatibilidade evidenciado nas provas transfusionais realizadas.

JOSE FERREIRA NETO

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO

JOSE FERREIRA NETO

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO



Uma prescrição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO  
 Nome da Mãe: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO  
 Sexo: Masculino Data de Nascimento: 24/04/1983 Idade: 36 Peso: 65  
 Prontuário: 307300 Cartão SUS: 896004147720732  
 Diagnóstico: Fratura da extremidade distal do fêmur  
 Indicação de Transfusão: cirurgia de grande porte  
 Localização: posição 2

## EXAMES LABORATORIAIS QUE JUSTIFIQUEM A TRANSFUSÃO: (SE DISPONÍVEIS)

Ht: 44.8% Plaquetas: 216000 TAP: seg. % INR:  
 TTPA: seg. Reação(TTPA): Fibrinogênio: mg/dl.  
 Observações: mg/dl.

## HISTÓRICO DE TRANSFUSÕES

Transfusões Prévias: Não Tipo de Hemocomponente:  
 Transfusão Transfusional Prévia: Tipo de Reação:  
 Antecedentes Gestacionais: Gestas: Para: Aborto:

## TIPO DE HEMOCOMPONENTE HEMODERIVADO

Concentração de Hemácias (C.H.): Quantidade: 01 unidade(s)

O médico do serviço de hemoterapia pode suspender uma transfusão, quando considerá-la desnecessário.

Portaria 158, de 04 de fevereiro de 2016 - MS

## TIPO DE TRANSFUSÃO

De urgência (dentro de 3 horas)

Jose Ferreira Neto  
 CRM: 1058  
 Pediatra  
 Data: 09/12/2019 06:40:11

JOSE FERREIRA NETO

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável

ATENÇÃO: SE HORÁRIOS DIFERENTES, PREENCHER UM PEDIDO PARA CADA HORÁRIO.

## TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

1. Na hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação do sangue total ou concentrado de hemácia antes do término dos testes pré-transfusionais pode ser feita, desde que obedecidas as seguintes condições:

- I - O quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente;
  - II - O quadro clínico do paciente justifique a emergência, estipulado a modo como esta liberação será realizada;
  - III - Termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde com o procedimento;
  - IV - As provas pré-transfusionais devem ser finalizadas, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.
- § 3º Se não houver amostra do paciente no serviço de hemodinâmica, esta deve ser colhida assim que possível.
- § 6º As amostras deste paciente sejam colhidas antes da transfusão ou pelo menos da administração de grande quantidade de hemocomponentes, pois isto pode comprometer o resultado dos testes pré-transfusionais.

Texto retirado da Portaria 158 de 04 de fevereiro de 2016

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetido o (a) paciente acima referido que se encontra sob minha responsabilidade médica.

☐ Concordo em aceitar o(s) concentrado(s) de hemácia(s) sem prova de compatibilidade pela emergência do paciente.

☐ Existe grau de incompatibilidade evidenciado nas provas transfusionais realizadas.

JOSE FERREIRA NETO

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO

JOSE FERREIRA NETO

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO

# RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		Antonio D. R. Silva	
Diagnóstico pré-operatório		Fract. Fech. Fêmur Distal	
Operação - Tipo		TTN Ci	
Cirurgião		Dr. Jamerson M. de Lencas Jr. Ortopedia / Traumatologia CRM: 3878 TEOT: 11094	
2º Assistente		1º Assistente	
Instrumentador(a)		Anestesista	
Anestésico(a)		Anestesia	
Data da Operação		Início	
Diagnóstico Pós-operatório		Fim	
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ddh BS roquianestesia
- 2) Incisão por planos
- 3) Incisão lateral + 10cm
- 4) Redução anatómica + sutura
- 5) Sutura + sutura

Matrícula: 63304  
SAME - HUT  
Contato com Oram

Dr. Jamerson M. de Lencas Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 3878 TEOT: 11094

UNIDADE DE SAÚDE.

UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <u>Antonio Damasceno Rodrigues Galvão</u>					
P. ARTERIAL		PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
GR. SANGÜÍNEO		HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
AVES DE URINA					
INDICAÇÃO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA URINÁRIO					
CORTICOIDES				ATARÁXICOS	OUTROS
FÍSICOS					
APLICADO AS				EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS					
LIQUIDOS					
TEMPERATURA					
P. ARTERIAL					
INÍCIO E FIM ANESTESIA					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO					
SÍMBOLOS					
TÉCNICAS					
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
PARTICULARIDADES					
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					





# 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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO** (Prontuário: 307300)  
 Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 24/04/1983 Idade: 36a7m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755313  
 Prescrição: 1032863 Solicitação: 06/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ  
 Prontuário: 1378874 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

SIA: 0204060125

Data Exame: 06/12/2019

### JOELHO DIREITO

Exame radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura antiga consolidada no platô tibial fixada com placas e parafusos metálicos.
- Fratura recente no côndilo lateral do fêmur.
- Aumento de volume de partes moles.

DR. ANTONIO

TERESINA - PI 11/12/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Associação Nacional Convulcente  
 Matrícula: 69904  
 SAME - HUT  
 Profissional Original

**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO** (Prontuário: 307300)  
Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 24/04/1983 Idade: 36a7m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253305  
Matrícula: 1034226 Solicitação: 09/12/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
Médico: 1381817 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 05

**RELATÓRIO:**

SIA: 0204060125

Data Exame: 09/12/2019

**JOELHO DIREITO**

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura antiga consolidada no platô tibial fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fratura recente alinhada no côndilo lateral fixada com parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(RANI SILVA)

TERESINA - PI 14/12/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Kassia Patrícia Parente Cavalcante  
Matrícula: 89904  
SAME - HUT  
Carimbo em Nome



# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 \* Fone 086 2106-8000 \* 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 \* I. E. Isento

www.saomarcos.org.br

Para o Sr.

**ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**

RUA MONTEIRO LOBATO N1162 - PQ ALVORADA TERESINA \* TERESINA - PI \* 64.005-300

**R**

RELATORIO MÉDICO

ATESTO QUE O PACIENTE PASSOU POR TRATAMENTOCIRURGICO EM MID DEVIDO FRATURA DE FEMUR DISTAL, HOJE ENCONTRA-SE DE ALTA PORÉM TEVE PERDA DE ADM 50%, PERDA DE FORÇA MUSCULAR 60 % E DIMINUIÇÃO DO COMPRIMENTO DO MID, CLAUDICA PORTANTO.

S724

Teresina (Pi), 31/01/2020 11:19:27

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 3678

Jamerson Moreira De Lemos Junior  
CRM - PI 3878

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PI

0

NOME

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR

4362706 - 300 - PI

CPF

667-963-853-45

DATA NASCIMENTO

24/04/1983

FUNCAO

LUIZ PEREIRA GALVAO

FRANCISCA DAS CHAGAS

RODRIGUES GALVAO

PERMISSAO

ACC

CAT. 04

AB

Nº REGISTRO

03873497950

VALIDADE

30/08/2022

P. HABILITACAO

29/06/2006

OBSERVAÇÕES

EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

Antonio Domingos Rodrigues Galvão

LOCAL

TERESINA, PI

DATA DE EMISSAO

11/09/2017

15079231015

PI319430650

ARAO MARTINS DO REGO LORAO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

ASSINATURA DO EMISOR

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1538818858

PROIBIDO PLASTIFICAR

1538818858

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



1 2 3 4 5 6 7 8 9 0



*Nelli Roze Soares Marques*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0475253

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

REGISTRO GERAL

4.119.262

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO

CÍCERA MARQUES JUCUNDE  
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO

CRATEUS-CE

22/05/1971

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 01/F 141  
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91

ASSINATURA DO DIRETOR

*Pedro Soares de Moraes*  
Pedro Soares de Moraes

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PI Nº 015461597242  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD. RENAVAM 01001166 RN-TRC EXERCÍCIO 2020  
1 01038940890

NOME  
ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVA  
O XXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF / CNPJ 66796385349 PLACA PIF-5491  
PLACA ANT / UF  
CHASSI 9C2KCT1650FR014932

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCOOL/GAS  
MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD ANO FAB. 2015  
CAP / POT / CIL 002P/0149CC CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE AMARELA

VENC. COTA ÚNICA 1º 1º PVA 2º 3º PAGO  
FAIXA / PVA. PARCELAMENTO / COTAS  
VENC. COTA ÚNICA 1º 1º PVA 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEM RESTRIÇÕES DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

SEM RESTRIÇÕES DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA LOCAL DATA 13/01/2020  
DIRETOR GERAL DO DETRAN

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

PI Nº 015461597242 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 13/01/2020  
VIA 1 CPF / CNPJ 66796385349 PLACA PIF-5491

RENAVAM 01038940890 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD  
ANO FAB. 2015 Nº CHASSI 9C2KCT1650FR014932

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) 000,00 DENATRA (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 084,58  
COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 07/01/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.408/0001-04

CONTRAN DENATRA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088028/20

**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALV

**CPF:** 667.963.853-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/12/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO DOMINGOS  
RODRIGUES GALVAO

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO : 667.963.853-49

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](http://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: 11/03/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200111020 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS METÁLICOS). ALTA MÉDICA. PÁG 4/7/10/11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SINISTRO ANTERIOR 3190195959 COM DATA DE ACIDENTE 14/12/2018 COM INDENIZAÇÃO EM GRAU INTENSO PARA JOELHO DIREITO. O COMPLEMENTO APÓS ANÁLISE PARA O SINISTRO ATUAL É DE - 23,5% PARA A QUANTIFICAÇÃO EM GRAU MODERADO.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR. JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR, CRM/PI Nº 3878, DO HOSPITAL SÃO MARCOS, EM 31/01/2020.

**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 residual - 23,5 %	16,45%	R\$ 2.220,75
Total			16,45 %	R\$ 2.220,75

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Antonio Domingos Rodrigues Galvão  
 RG: 4362708 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 11/09/17  
 CPF: 667.963.853-49 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: mototaxista  
 ENDEREÇO: Rua Monteiro Lebrato Nº: 1446  
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: São Joaquim  
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64004-215 TELEFONE:

## OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)


NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSS/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14  
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: RECUSO  
 ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO Nº: 544  
 BAIRRO: CENTRO CIDADE: TERESINA UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Antonio Domingos Rodrigues Galvão

Data do acidente de trânsito: 06/12/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

Teresina-PI  


LOCAL / DATA: 31/01/2020

Antonio Domingos Rodrigues Galvão

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

utêntica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 CONSULTE O SELO  
 DIGITAL

ARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 Kelly de Abreu Valverde  
 Escrevente Autorizada  
 Teresina, PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 Rua Lindolfo Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64000-201 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-9159 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br  
 Titular: Anatália Gonçalves de Sampaio Pereira  
 RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.  
 Teresina-PI, 31/01/2020. Selo: AAT44082-CJWZ  
 www.tjpe.jus.br/portalextra/  
 KELLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA  
 Fp: 1.3 R5 TJ: 0.77 FMMP/PI: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 299

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088028/20

**Vítima:** ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO

**CPF:** 667.963.853-49

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/12/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO DOMINGOS  
RODRIGUES GALVAO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO : 667.963.853-49

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](http://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: 11/03/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior