



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a 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 SÍNTSE 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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, 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				
				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190195959 Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	Cidade: Teresina Data do acidente: 14/12/2018	Natureza: Invalidez Permanente 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: 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

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 Data do acidente: 06/12/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
GALVAO

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 FÉMUR 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 APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR sequelas: 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
		Total	16,45 %	R\$ 2.220,75

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.

Cumpre 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.

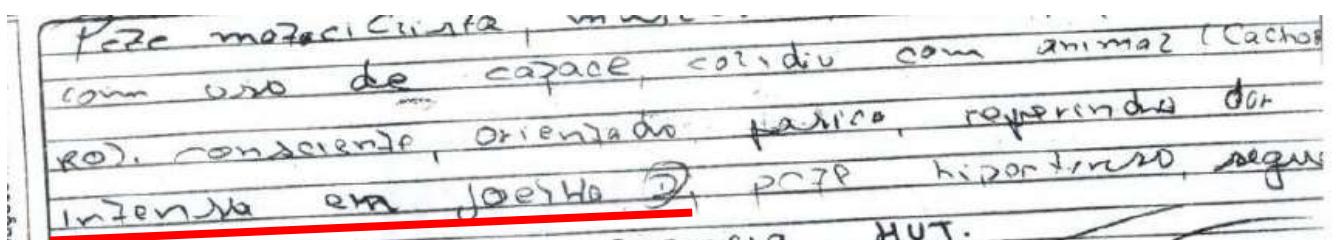
EXCELÊNCIA, RESTA CABALMENTE DEMONSTRARDO QUE O REQUERENTE SUSTENTA SEU PLEITO INDENIZATÓRIO EM LESÕES IDÊNTICAS ÀS QUE FORAM INDENIZADAS ANTERIORMENTE!!!

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 membro do colo					

Diferente do que tentar fazer crer o autor, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo 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:



Pede maternidade, ...
com uso de capacete, caiu com animais (Cachor
ro). consciente, orientado, parico, referindo dor
intensa em joelho D, PCP hiperintenso, segu
intensiva 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

rincipais sinais e sintomas clínicos:

Fad nolo baf ou.

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, nexo 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 incontrovertido 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 Data do acidente: 14/12/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
GALVAO

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 desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 14/12/2018. 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: 00000072903-8

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 parciais⁴.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE 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 STJ⁵.

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

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

⁵SÚMULA 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.

⁶Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da 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 horários 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 Excelênciia 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.

⁷art. 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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
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 da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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; **JOSELAINÉ 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

JOSELAINÉ 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

Data/Hora

14/12/2018 - 07:15

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

MATADOURO

Endereço

RUA RUI BARBOSA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

HOSPITAL MATADOURO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 395217684 PI

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES GALVÃO

Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO, Nº 87

Bairro: PARQUE ALVORADA

Cidade: TERESINA

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:

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: <i>Antonio Domingos Rodrigues Galvão</i>	CPF: <i>667.963.853-49</i>		
Profissão: <i>mototaxista</i>	Endereço: <i>R. Montes Lobato</i>	Número: <i>87</i>	Complemento: <i>casa</i>
Bairro: <i>Sao Joaquim</i>	Cidade: <i>Teresina</i>	Estado: <i>PI</i>	CEP: <i>64004-215</i>
E-mail:			Tel.(DDD): <i>(86) 99534-6565</i>

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: *1989* CONTA: *72 903* (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTENDO DE LAURO VERIFICADO

[Assinatura]
13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 465, sala C

CEP 60002-470

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 riscos 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 reembolso 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.

DATA DA ENTREGA: *13 MAR. 2019*

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 não alfabetizado

Local e Data: *Teresina - Piauí 12/03/19*

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Antonio Domingos R. Galvão

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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.



Dados do Chamado	01 N° do chamado 1806	02 Data do chamado 14/12/16	03 PRO (código) 2904	04 Saída do PA 07:25	05 Chegada ao local 07:58	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 07:18:14	07 Chegada ao 1º hospital 08:16	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Rui Barbosa	11 Bairro MATADOURO	12 Municipio-UF TO-PI	Código IBGE		
o de Ocorrência	13 Ponto de referência comercial CARVALHO GOLVIA					
Acidente de Transporte	14 Nome Antonio Domingos Bezerra	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado				
Exame Físico	16 Idade 35 Anos 24/04/183	1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica 1-Sim 2-Não 3-Ignorado	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	CONTEUDO NÃO VERIFICADO
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espancamento 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	13 MAR. 2013	GENTE SEGURADORA S.A.
Hospital de Destino	19 Vítima 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 4-Bicicleta	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22 Segurança 1-Capacete 2-Cinto de segurança 3-Assento para criança	22 Cadeira de Resende, 465 Loja 6 Capacete Airbag	
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = 15	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-Extensão anormal 0-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 87 Resp. PA 130/70 TAX. Sat ₂ 96	25 Local da lesão	
	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	29 10	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0-Sem Dor 1-Leve 2-Moderada 3-Intensa			
	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> 0-Cheio 1-Fino 2-Ausente	Central <input type="checkbox"/>	30 Fratura 1-Sim 2-Exposta 3-Fechada 4-Não 5-Suspeito			
	28 Sangramento 1-Sim 2-Não					
	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)		
	32 Hospital de Destino HUT				Não Removido	
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Nalterado		34 Óbito 1-Sim 2-Antes do socorro 3-Antes do transporte 4-Durante o transporte			
	<p><i>Pere motociclista, masculino, 35 anos, piorando com uso de capace, colidiu com animal (Cachorro). consciente, orientado, tónico, reagindo dor intensa em joelho 2, press hipertensão, segue para hosp de referência HUT.</i></p>					
	Dr. Edvaldo Ferreira Médico CRM-PI-6339	Socorristas Médico AE/TE	José Valdir dos Reis da Silva Técnico Enfermagem - FMS COREN PI 594539	Enfermeiro Condutor Edvaldo Ferreira		
	Responsável pela recepção					

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: 00000072903-8

Nr. da Autenticação BF985DA6DEAEA7D5

Nº da Nota Fiscal: 018211785

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
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

LEITURA ATUAL	LEITURA ANTERIOR	LEITURA PRÓXIMA
Atual: 19725		22/02/2019
Anterior: 19428		23/01/2019
Constante de Multiplicação: 1,000		26/03/2019
Consumo Medido: 297		Próxima Leitura: 21/02/2019
Consumo Faturado: 297		Emissão: 22/02/2019
	FCAM	Apresentação:

Norma de Faturamento: NORMAL Código de irregularidade: Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse	Lipack	Número Medidor	Pasta	Código Fct.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	195

Mês/ano 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:			
	297	- 0,523658	

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 F2C6.737A.1AE0.8044.7501.5023.0972.4888

COMPONENTE DO PREÇO	VALOR	VALOR (%)
Distribuição:	53,46	284,48
Energia:	183,28	27,00%
Transmissão:	17,48	76,80
Encargos:	11,02	4,01
Tributos:	99,24	18,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Mês	TAR		TIC		DAMC		DAMC	
	Média	Desvio	Média	Desvio	Média	Desvio	Média	Desvio
Jan	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00		0,00		0,00		0,00	
Localização	TERESINA-MACEDÔNIA		Período de	01/03/2019		Período de	10/03/2019	

ROT: 17.001.31.11.020500

equatorial

ENERGIA

cepisa

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

SEU CÓDIGO
0051869-7

TOTAL A PAGAR - R\$
314,47

MÊS FATURADO
02/2019

VENCIMENTO
01/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 018211785 FCAM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

83630000003 8 14470017000 0 00000000051 3 86970219008 1



13 MAR. 2019

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

SEQ.: 000053 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 22/02/2019 T.ENTR.: 03
LEITURA: 19725 NORMAL TOTAL: 314,47 CARGA: 009
DT.VENC.: 01/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1886	02 Data do chamado 14/12/16	03 PRO (código) 2908	04 Saída do PA 07:25	05 Chegada ao local 07:58	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 07:18	07 Chegada ao 1º hospital 08:16	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Rui Barbosa	11 Bairro MATADOURO	12 Município-UF TOLEDO	Código IBGE 7400-7		
O de Ocorrência	13 Ponto de referência COMERCIAL CARVALHO GOLVIA					
Acidente de Transporte	14 Nome Antonio Domingos Bezerra	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado				
Lame Físico	16 Idade 35 ANOS	1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica 1-Sim 2-Não 3-Ignorado	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	CONTEÚDO NAO VERIFICADO
Hospital de Destino	18 Tipo de ocorrência 1-Accidente de transporte 2-Agressão física-espancamento 3-Agressão física-FAF 4-Agressão física-FAB 5-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	13 MAR. 2019	GENTE SEGURADORA S.A.
Observações Interdisciplinar	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 7-Ignorado	21 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL				
	ABERTURA OCULAR 1-Espontânea 3-A voz 2-À dor 1-Nenhuma	5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 87 Resp. PA 130X80 TAX. SatO2 96	25 Local da lesão	
	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	29	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa			
	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 0-Cheio 2-Fino 3-Ausente	30 Fratura 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2-Não 3-Suspeito <input type="checkbox"/>				
	28 Sangramento 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/>					
	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não)	1-Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> 2-Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> 3-Curativos <input checked="" type="checkbox"/>	1-Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> 2-Colar cervical <input type="checkbox"/> 3-Kred <input type="checkbox"/>	1-Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> 2-Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> 3-Assistência obstétrica <input checked="" type="checkbox"/>	1-Glicemia <input type="checkbox"/> 2-Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> 3-Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	
	32 Hospital de Destino HUT	NÃO REMOVIDO				
	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Nalterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Antes do socorro <input type="checkbox"/> 3-Antes do transporte <input type="checkbox"/> 4-Durante o transporte <input type="checkbox"/>	Q-Não <input type="checkbox"/>			
	<p>Peço motorista, masculino, 35 anos, piorando com uso de capace, colidiu com animal (Cachorro), consciente, orientado, panico, reagindo dor intensa em joelho, press hipertensao, segue para hosp de referencia HUT.</p>					
	Dr. Equivaldo Salmito Médico CRM-PI: 6339	Socorristas Médico JOSÉ VILHENA SOUZA DA SILVA AEITE TÉLIO Técnico em Enfermagem - PMS COREN-PI 594539	Enfermeiro Condutor Edinaldo Pereira			
	Responsável pela recepção					



NOME DO PACIENTE: Antônio Domingos Rodrigues Calvão

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 307300

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

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.061
- UTORJUN

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

ADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora: ____ : ____)</u>	
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²
Pulso: bmp	Pressão: mmHg	

<u>Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:</u>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO X CACHORRO - NO MOMENTO SE QUEIXA APENAS D	
A: VIAS AEREAS PERTURBADAS, C COLAR CERVICAL - RETIRADO CONFORME EXAME FISICO	13 MAR. 2019
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	

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende,465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
?	CEB
<u>Exames Complementares:</u>	CONSELHO COM O ORIGINAL
(1118560) - TORAX PA (1118561) - Perna Direita (1118562) - COXA DIREITA	13/12/2018 CONSELHO COM O ORIGINAL

<u>Prescrição Médica:</u>	Dr. Eduardo Salmito 6339 PI
CONSELHO COM O ORIGINAL	13/12/2018 CONSELHO COM O ORIGINAL

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	EDUARDO SALMITO SOARES 6339 PI Em: 14/12/2018 08:33:51
<u>Observação (Adulto)</u>	<u>DATA:</u> / / . <u>HORA:</u> : .

Assinatura Paciente ou Responsável

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

NOME <u>Antonio Domingos Rodrigues</u>	IDADE <u>anos</u>	DATA <u>14 / 12 / 2018</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>14 hs 25 min</u>	TIPO DE ANESTESIA(<input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	CIRURGIA REALIZADA <u>Luxação de joelho.</u>
		CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		SAIDA
	ADMISSÃO		
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>133 / 77</u>		<u>146 / 80</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>		<u>108</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>		<u>100% 99</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u>/</u>		<u>99,7</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>		<u>/</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Levy Z.</u>		<u>Levy Z.</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO			SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" 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"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	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"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	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"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	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"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Deserta se solicitado	1	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"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4
ESCALA DE DOR ALTA	0	1	2	3	4
TOTAL	09				
ASS.	<u>Maria Jardelma de Oliveira</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN PI 464.168</u>				

(<input type="checkbox"/>) SONDA VESICAL	(<input type="checkbox"/>) DRENO DE SUCÇÃO	(<input type="checkbox"/>) DRENO TORACICO	(<input type="checkbox"/>) DVE	(<input type="checkbox"/>) COLOSTOMIA	SONDA (<input type="checkbox"/>) NASOG(<input type="checkbox"/>) NASOE
-hs	mL	hs	mL	hs	mL
-hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
Paciente admitido na SRPA em P.O.I
de parturiente de joelho; Puge lúcido; ar ambiente.

Maria Jardelma de Oliveira
Enfermeira
COREN PI 464.168

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESELOGISTA

CRM 3899

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

POSTO: 1111213111 EMERGÊNCIA PED. UTI 11PED 11INFURO 11GERAI 114111OUFIM CLÍNICA 11PED 11PORT 11INFU 11CIR 11MÉD



HOS(

URGÊNCIA PRESCRIÇÃO N.º 01, CA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SPK DE

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Antônio de Souza Júnior		367300	Ortopédica	233 / EXT		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DATA/HORA	CÓDIGO	HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES		
14/12/18	Q.O.T			RAIO-X REALIZADO		
				DATA: 14/12/2018		
				Técnico: <u>Júlio</u>		
DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO						
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN	<u>24/12/18</u>				
3	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H	<u>24/12/18</u>				
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H	<u>24/12/18</u>				
5	DIPIRONA 1G - ½ AMP + AD EV 6/6 H	<u>24/12/18</u>				
6	TILATIL 20mg-AMP-1AMP+AD EV 12/12H	<u>24/12/18</u>				
7	TRAMAL 100mg-1 AMP+100ml SFO.9% 8/8H SN	<u>24/12/18</u>				
8	CURATIVO	<u>24/12/18</u>				
9	CCGG*SSW	<u>24/12/18</u>				
<div style="text-align: right;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPMAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO </div> <p>13 MAR 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470</p> <p>24:00 P.A = 110</p> <p><i>Atendente: [Signature]</i></p> <p><i>Assunto: [Signature]</i></p> <p><i>Assunto: [Signature]</i></p> <p><i>Assunto: [Signature]</i></p> <p><i>Assunto: [Signature]</i></p>						



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

233

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/12/15

NOME DO PACIENTE:		<u>Antônio Domingos Rodrigues Corrêa</u>		PRONTUÁRIO N°:	<u>307300</u>
DIAGNÓSTICO:		<u>Fract de Plata fibal</u>		CIRURGIA:	<u>Fix.de Plata fibal</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>		Nº DA SALA:	<u>94</u>	
CIRURGIÃO:	<u>Dra. Flávia Matos B. de Oliveira - Anestesiologista</u>		CPF N°:		
AUXILIAR:	<u>Flávia Matos B. de Oliveira - Enfermeira</u>		CPF N°:		
ANESTESIA:	<u>Dra. Marcelo</u>		CPF N°:		
INSTRUMENTADORA:	<u>Valdineu</u>		CPF N°:		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>32</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>24</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7,5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>6,5</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
SCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
ORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>01</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			eletrôdos	UNID.	<u>05</u>	

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				visoras e/ou dilatadores	<u>PPVAT</u>
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.					<u>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</u>
CAT. GUT. CROMADO C/AG				eropon	<u>02</u>
CAT. GUT. CROMADO S/AG				13 MAR. 2019	
ALCOFIL					
MONONYLON					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Newis</u>
PPROLENE					



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Antônio Domingos Rodrigues Galvão</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fractura plâto direito Shatzker VI</u>		
Operação - Tipo <u>Fixo com placa e torniquete</u>		
Cirurgião <i>Flávio Maia de S. Coelho</i> CRM-PB 3102	1º Assistente	
2º Assistente <i>Flávia Oliveira</i> CRM-PB 3102	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Flávia Oliveira</i> CRM-PB 3102	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>14/12/2018</u>	Inicio	Fim
Técnico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
<p style="text-align: center;">DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p><i>Raque seco e frágil, DPH, engravado, contém nódulos ósseos, reduzido subfrasco e provocar excesso de sangramento e provocar excesso tubo e tubo. curativo</i></p>		
<p style="text-align: right;">Flávio Maia de S. Coelho CRM-PB 3102</p> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 MAR. 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 6 Centro - Norte CEP: 64.002470</p>		

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Antônio Demungos 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>	Altura: <u>—</u>

Procedimento(s) proposto(s):

Apto?

Fratura de plato tibial D- tratamento cirúrgico

Sim Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiológicas	<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
	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

EXAME FÍSICO

PA: <u>150/100</u>	P脉: <u>110</u> (<input type="checkbox"/> arritmico)	Mallampati: <u>(1) (2) (3) (4)</u>
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 plato tibial D- ①</u>

EXAMES COMPLEMENTARES

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 MAR. 2019

ASA: II Anestesia proposta: (Geral Outro: Racim)

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Wllymto C. Oliveira
Anestesiologista
CRM-PB

CRM:

GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelhinho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002-470

Atenc. Clínica: Wllymto C. Oliveira
CRM-PB
SANE: HUT
CONFIRA COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Laudo nº 159325

-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	22897

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fist plato trab'el shu.
Shofzker VI

11 - Condições que justificam a internação:

Fist shu

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

Auxm nra + ex nra

13-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

24-CID Prin: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.

S821

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado: 0498050683 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	Tempo:
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
	02 01 CPF 841.275.623-15
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:
FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO	14/12/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora: CONTEUDO NÃO VERIFICADO	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa: 13 MAR. 2019	43-CNAE Empresa:
38- () Acidente Trabalho Trajeto		44-CBOR:

39-Vínculo com a Previdência:

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

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Coelho de Barros, 465 Loja C

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
--	----------------------

48-Documento:	49-Num. Documento:
ICNS () CPF	1702639512001

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 698108 Consulta SUS: Impressão: 14/12/2018 13:55:08
--	---

Maria do Carmo Soárez Silva lira.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

N° LAUDO: 159325

AIH: 2218101186444

FORMA DE ENTRADA: PROPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS NOME DO PACIENTE

598004147720732 ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

NASCIMENTO

24/04/1983

SEXO

M

PRONTUARIO

3017366

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE

36994738771 FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO

RESPONSÁVEL

MARIA DA CONCEIÇÃO

CEP ENDERECO - LOGRADOURO

51000-000 RUA MONTEIRO LOBATO

NUMERO / LOTE

87

BAIRRO COMPLEMENTO

PARQUE ALVORADA

MUNICIPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE VITIMA ACIDENTE DE MOTO

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX FÍSICO

INFORMACOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S831 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

DIAGNOSTICO - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO AO NIVEL DO JOELHO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO))

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

CARATER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

14/12/2018

FLAVIO NAIK BARBOSA DE NASCIMENTO LIMA TINH

GENTE SEGURADORA S.A.

DATA ADMISSAO

14/12/2018 08:17

DATA ALTA

24/12/2018 14:14

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SERIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER/CONTROLE/AVALIAÇÃO
AUDITORIATENIA MOREIRA ARNALDINO
CPF: 47061339213

CRM:

DATA ANALISE: 14/12/2018 14:14:28

CPF:

CRM:

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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	228976

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	6 - Prontuário: 307300		
7-CNS: 898004147720732	8-Nascimento: 24/04/1983	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mae: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO			12-Fone: 86-99473-8771
13-Resp: MARIA DA CONCEICAO			14-Fone: 86-99473-8771
15-Ende: 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. 0408050683	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Solicidada: 1

Fornecedor da OPM: **PIMMES**

38-Profissional Responsável: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO	40-Tp. Documento: CPF	<i>Flávio Maciel Barbosa de S. Coutinho Médico Traumatologista CRM-PI 3102</i>
39-Data Solicitação: 14/12/2018	40-No.Doc. Méd. Solic.: 841.275.623-15	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Rept plástico via

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/OPF: COMPEUDO NÃO VERIFICADO
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		13 MAR. 2019

50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/OPF: Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CRM-PI 1250 - CNS 17026395120001
--	-----------------------------	---

(KARLA BATISTA)

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

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: SUS

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 integros.
- Partes moles sem alterações.

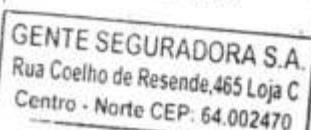
CONCLUSÃO: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 23/12/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável





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: SUS

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 tibia e fibula proximais.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 23/12/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

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



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: SUS

Cod SIA: 0204030170

RELATÓRIO:

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 COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 23/12/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

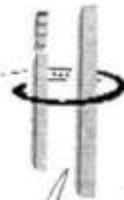
CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

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



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

As DPVAT

Mesmo para os devidos fios que o paciente Arturino Lameiros R.
foi vítima de acidente de
trânsito (sic) evoluindo com grave
Fratura de tíbia proximal e fíbre
por dois (2) procedimentos cirúrgicos
no HOT. Hoje encontra-se
com limitação de 50% da função
da MI.

5821

06/05/19.

Dr. Jamerson M. de L. Melo
Ortopedia / Traumatologia
Créd-PI: 3878 / TECI: 2202

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
08 MAIO 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelha de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

VALIDA 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			
CPF EXP SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP 16/07/09			
TERESA 667.963.853-49 MARCUS ALEXANDRO PINHEIRO DEWASCHLICK			
<input type="checkbox"/> ASSINATURA SÓ DIRETOR T. J. DA MATERIA			
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: 64.002-470



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NAME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO

CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE
NATURALIDADE CRATEUS-CE
DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 529 L A3/F 141
EXP. CRATEUS-CE 25/09/78
TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 013604471736	
DATA DE EXPEDIÇÃO: 01/03/2019		PERÍODO DE VENCIMENTO: 01/03/2020	
B.I.N./H.C.: 101389410690		EXERCÍCIO: 2019	
			
DONO DO VEÍCULO:		ANTONIO EDUARDO RODRIGUES GALVA	
PLACA:		PIF-5491	
CLASSIF.:		COMBUSTÍVEL ALCOOL/GÁS	
ANO FAB./ ANO FAB.:		2015	
ESPECIE/PO. PLACA ANT.:		PIAS/MOTOCICLETA/NENHUMA	
MARCAS MODELO:		HONDA/TITAN ESD	
CATEGORIA:		ALUGUEL	
CAP./POT./CL.		VEND. COTA ÚNICA	
03P/0149CC		PAGAMENTO / COTAS:	
FAVA IRPAV		1º PAGO	
		2º PAGO	
		3º PAGO	

CONTINU

COUNTRY

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTENIDO

CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 MAR. 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA TIBIA E FIBULA PROXIMAIAS 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 **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
GALVAO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA TIBIA E FIBULA PROXIMAIAS 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 **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
GALVAO

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 **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
GALVAO

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 **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
GALVAO

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 **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
GALVAO

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: Antônio Domingos Rodrigues Galvão		D. EXPEDIÇÃO: 07/03/16
RG: 4.362.708	ORG. EMISSOR: SSI / PI	
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: 64.005-300 TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Soárez Soárez Monique		D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
RG: 4-119.262	ORG. EMISSOR: SSI / PI	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: solteira	PROFISSÃO: Recluso-me
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro		Nº: 544
BAIRRO: Centro norte	CIDADE: Teresina	UF: PI CEP: 64.000-235

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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Antônio Domingos Rodrigues Galvão

Data do acidente de trânsito: 14.12.18

Cobertura da vítima: invalidez

LOCAL / DATA: Teresina prain 05-02-2019

Antônio Domingos Rodrigues Galvão

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



13/02/2019

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085325/19

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALV/

CPF: 667.963.853-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: ANTONIO DOMINGOS
RODRIGUES GALVAO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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: INTERRUPÇÃO 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),

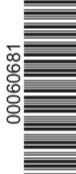
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190195959**.

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.seguradoraslider.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



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	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Mototaxista	R. Montes Lobato	87	lote
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Sao Joaquim	Teresina	PI	64004-215
E-mail:	Tel.(DDD): 86) 99534-6565		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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: 72 903 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 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 reembolso do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO DE LAUDO VERIFICADO

13 MAR, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosende 455, sala C
Centro, São Paulo - SP - CEP 01002-2470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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 que assinou

Local e Data: Teresina - Piauí 12/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

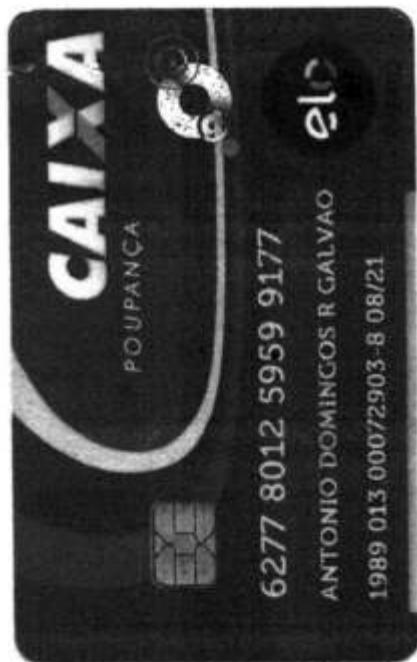
Assinatura

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.



SAC CAIXA 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2432



**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 PROXIMAS 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 causalidade: 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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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: 00000072903-8

Nr. da Autenticação 3B3690C8DDB32AAB

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

Antônio 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:

Antônio Domingos Rodrigues Galvão

6 - CPF:

667.963.853-49

7 - Profissão:

mototaxista

8 - Endereço:

R. monteiro lobato

9 - Número:

1146

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Sao 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1989

CONTA: 72903

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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, informar Vivos: Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Sim Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer): Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não

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 àquelas beneficiárias 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

40 - Local e Data,

Teresina - PI 06/03/2020

* Antônio Domingos Rodrigues Galvão

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

Veículo

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
Logradouro: RUA MONTEIRO LOBATO
Bairro: SAO JOAQUIM

Nº: 87

CEP: 64.005-300

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Idade:

Nacionalidade: Brasileira

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-Denúncia 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:

4 - Nome completo da vítima:

667.963.853-49 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:

motorista

8 - Endereço:

R. Montes Lobato

9 - Número:

1146

10 - Complemento:

laser

11 - Bairro:

Sao Joaquim

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64004 - 215

15 - E-mail:

eduanseguros@outlook.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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4989

CONTA: 72903

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 06/03/2020

* Antonio Domingos Rodrigues Galvão

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ORTOPEDIA



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

SVN/M

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NHEC
02/12/19

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

 Imp: 06/12/2019 08:13:52
 User: MOISES SA
 Estação: CONSULPA03

Prontuário: 307300

Mãe: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO	Pai: LUIZ PEREIRA GALVAO
End. Resid.: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 24/04/1983	Idade: 36a7m12d
Responsável: MARIA DA CONCEICAO	Sexo: Masculino
Profissão: MOTOTAXISTA	Fone: 86-94738-771
G. Instrução: Não informado	CNS: 898004147720732
	Documento: RG: 39521768 - SSP
	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/m ²	P脉: bmp	Pressão:	mmHg	

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (MOTO-CARRO), HÁ 1 HORA, TRAZIDO PELO SAMU, USAVA CAPACETE. NEGRO PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR EM JOELHO DIREITO
 A) VIAS AÉREAS PERTURBADAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.
 B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, AUSÊNCIA DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO
 C) NEGA DOR TORACICA. SAT 02:99%.
 D) AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLAR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL. FC 115BPM.
 E) JOELHO DIREITO EDEMACIADO

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

(1378874) - JOELHO DIREITO

 06/12/2019
 TÉCNICO: _____

 Atendente Corrigente
 Crítica: 06/004
 SAME - HUT
 Confere com Origina

CID:

Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

 Dr. Mauricio Andrade Gonçalves
 CRM 5799
 Endereço: Rua das Flores, 123
 Cidade: São Paulo
 Estado: SP
 CEP: 05500-000

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: / / HORA: : :

 Maria da Conceição da Silva
 Assinatura Paciente ou Responsável

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

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 00/98

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	21/01/2020	61	32,63

ODETE DE OLIVEIRA LIRA
R. MONTEIRO LOBATO 87 1146 SAO JOAQUIM
CPF: 00016060776353
CEP: 64.004-215 - TERESINA

ROT: 10.001.33.20.033700

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	3383		Atual:	15/01/2020
Anterior:	3322		Anterior:	13/12/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura:	13/02/2020
Consumo Médio:	61		Emissão:	13/01/2020
Consumo Faturado:	61	FCAM	Apresentação:	15/01/2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:	33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A1697354	1.4.1.1	63	
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo			DESCRIPÇÃO DA CONTA		
DEZ/19	63	CONSUMO	30 A R\$ 0,281264 =	8,43	
NOV/19	69		31 A R\$ 0,482153 =	14,94	
OUT/19	96	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,10	
SET/19	96	DIFERENCA DE TARIFA		25,64	
AGO/19	28	SUBVENCAO BAIXA RENDA		19,20-	
JUL/19	68	CORRECAO MONETARIA IG 12/19-00		0,02	
JUN/19	66	MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00		0,04	
MAI/19	67	MULTA POR ATRASO 12/19-00		0,63	
ABR/19	11	JUROS POR ATRASO 12/19-00		0,03	
MAR/19	67	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,37		
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 30	- 0,210550				
31 A 61	- 0,350550				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 13/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

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

RESERVADO AO FISCO 438C.5E60.FC12.A6BC.97A3.55CC.E3E2.501C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	10,75	Base de Cálculo:	49,01	38,23
Energia:	20,74	Aliquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	3,50	Valor do ICMS:		10,78
Encargos:	1,71	Valor do PIS:	0,71%	0,27
Tributos:	12,31	Valor do COFINS:	3,30%	1,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DRC	FIC		DMIC	DNCR
	Anual	Mensal		

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 nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

Se recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Declaro, eu Nelle Rose Soares Marques, inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91-66,
 em qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Domingos Rodrigues, inscrito no CPF sob o Nº 667.963.853/49, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Antônio Domingos Rodrigues Galvão, inscrito (a) no CPF sob o Nº 667.963.853/49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Claro 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:	Rua 24 De Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Lento	Cidade	Teresina	Estado	PI
CEP		Telefone comercial(DDD)		CEP	64000-235
				Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565

Teresina, 06 de março de 2020
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques.
Assinatura do Declarante



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 111, Quilômetro 1020 Redenção - Fone: 86 3118-5461
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			MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRAS DE SA				
Evolução:			Alergias:			Diagnóstico/Comorbidades:					
Hora:											
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dtl. Vol.:	Horario:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietá	ORAL TIPO ORAL ZERO,									8:15*	
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER AGORA			1,00	Ampola	EV	SN	ACAI	AD		

Luis Cláudio Lira
Aletícola: 69004
SAME - HUT
Confere com Orinal



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2691 19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

Código da Internação:

5828856

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

253305

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	6 - Cont.ário: 307300		
NIS: 898004147720732	8-Nascimento: 24/04/1983	9-Sexo: Masculino	RG: 39521768 - SSP
Via: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO	12-Fone: 86-94738-771		
l-Resp: MARIA DA CONCEICAO	14-Cor: Parda		
End: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010			
C-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):

Magnóstico Inicial:	25-CID Prin: S724	25-CID Sec.: _____	25-CID C.Ass.: _____
Fratura da extremidade distal do fêmur			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 0408050586	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÉMUR	Tempo SUS: 4
Médica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF 746.635.933-72	
31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 34-Data Solicitação: 06/12/2019		
35-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	36-Ass. Carimbo Med.Sci.(CRM):	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora: _____	40-No.Bilhete: _____	41-Série: _____
Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa: _____	43-CNAE Empresa: _____	44-CBOR: _____
Acidente Trabalho Trajeto			
- Vínculo com a Previdência:			
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

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

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável:

Maria da Conceição da Silva Lima

Usuário: (LAO TSE)

Consulta Local: 755313

Consulta SUS:

Impressão: 06/12/2019 09:15:38



Fis Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/12/2019

NOME DO PACIENTE:	Antônio Domingos R. Góes		HOSPITALAR Nº: 307300
DIAGNÓSTICO:	Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia		CIRURGIA:
ANESTESIA:	D.º Adriano C. Quadril	CRM: 307677 TEOT: 11094	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO:	Dr. Jamerson J.		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 75	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	200	
AGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-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		eletrico	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia Cir. Quadril TEOT: 11094			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON		2-0	00	ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:			
VICRYL	0	01					
PROLENO							

**SUS**

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

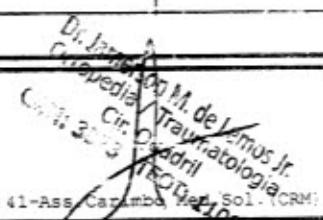
Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANTONIC DOMINGOS RODRIGUES GALVAC	3 - Pr. nascimento: 307300		
-CNS: 898004147720732	8-Nascimento: 24/04/1983	9-Sexo: Masculino	CPF: - - -
11-Mãe: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO			12-Fone: 66-94736-771
13-Resp: MARIA DA CONCEICAO			14-Fone: 66-94736-771
Endr: 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

30-Cod.Proced.Princip. 0408050586	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÍGUR	
31-Proced- to Especial 0702030040	32 - Descrição do Procedimento Especial: ARRUELA LISA	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES		
33-Profissional Responsável: TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	 41-Ass. Carimbo (Rg.Conselho) 1034
34-Data Solicitação: 09/12/2019	40-Nº.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura do fírum Dr. Fel

42-Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
43-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)	
50-Nome do Profissional/parecer controle - avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: SANTOS
		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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	253305

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

-Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO	-Data Nascimento: 30/07/1980
-CNS: 898004147720732	8-Nascimento: 24/04/1983
9-Sexo: Masculino	CPF: 86-94738-771
11-Mae: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVÃO	12-Pone: 86-94738-771
13-Resp: MARIA DA CONCEICAO	14-Fone: 86-94738-771
15-Ender: 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. 0408050586	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRAQUEZA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO PÉS.
31-Cod. Procedimento Especial 0702030732	32 - Descrição do Procedimento Especial: PARAFUSO ESPONJOSO 6,5 MM

Quant. Solicitada:
1

Fornecedor da OPM: PIMMES		
33-Profissional Responsável: JOSE FRONTIER DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Jamerson M. Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia Cir. Quadri. 1507: 11094
34-Data Solicitação: 09/12/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72	41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM) Carimbo 387

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fractura fechada distal

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
50-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: Conf. Dr. Jamerson M. Lemos Jr.
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) <i>Karla Batista</i>

(KARLA BATISTA)

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

VACIENTE - Nome: Antônio Domingos Rodrigues Góis
Nº AIH: 253305
Nº do Prontuário: 307300 Data da Internação: / /
Procedimento Médico Realizado: 0408080886
Indicador de Compatibilidade: 0702030040/0702030732

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dra. Jamison
CRM N° _____ CPF N° _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 09/12/19 DATA DA ALTA: _____ / _____ / _____

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

Tessina OS de dezembro de 2016
Nome do Hospital: HUT Coron Lacerda
C.N.P.J: _____
Assinatura: _____
Cargo: _____
Nome: Audácia



AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

Uma notificação 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 GÁLVAO		
Sexo:	Masculino	Data de Nascimento:	24/04/1983
Prontuário:	307300	Cartão SUS:	898004147720732
Diagnóstico:	Fratura da extremidade distal do fêmur		
Indicação de Transfusão:	cirurgia de grande porte		
Localização:	posto 2		

AMÉS 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: Gest: Gestante:	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 desnecessária.

Portaria 158, de 04 de fevereiro de 2016 - MS

PO DE TRANSFUSÃO

De urgência (dentro de 3 horas)

JOSE FERREIRA NETO
CRM: 1558
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 afirme 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 coletada 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 posso estar submetido o (a) paciente acima referido que se encontra sob minha responsabilidade médica.

Concordo em aceitar o(s) concentrados(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



AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

Uma renúncia 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
Prontuário:	307300	Cartão SUS:	898004147720732
Diagnóstico:	Fratura da extremidade distal do fêmur		
Indicação de Transfusão:	cirurgia de grane e pente		
Localização:	pente 2		

ANEXOS 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	Type de Hemocomponente:	
Reação Transfusional Prévia:	Type de Reação:	
Antecedentes Gestacionais: Gestação:	Para:	Aberto:

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

PRAZO DE TRANSFUSÃO

De urgência (entre de 3 horas)

José Ferreira Neto
CRM: 1458
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 retardar 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 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 posso estar submetido o (a) paciente acima referido que se encontra sob minha responsabilidade médica.

Concordo em aceitar o(s) concentrados(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 <i>Antônio P. R. Sales</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fingt</i>		
Operação - Tipo <i>Fim Digital</i>		
Cirurgião <i>Dr. Jamerson M. de Lima</i> <i>CRM: 3878</i> <i>Cir. Quadril</i> <i>TEOT: 11091</i>		
2º Assistente <i>TN C-</i>		
3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

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

1) Abrengente em ddh Bx ragua anestesia
 2) Autosecessões Assessores coloscopist
 de Coagula Cis
 ③ Fissura lateral + 10 cm
 ④ Divulva por planus
 ⑤ Reduziu anatômico + Sutura
 consoanfuso + Porcila
 ⑥ Tensões sutura

Dr. Jamerson M. de Lima Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3878
Cir. Quadril
TEOT: 11091

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
1/1/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
AVES DE PÁSSAROS	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
TESTES DE URINA						
EXAME RESPIRATÓRIA	S. Sem comorbilidades ou alergias. Gírias ok.			ELETROCARDIOGRAMA		
EXAME RESPIRATÓRIO				ASMA BRONQUITE		
EXAME RESPIRATÓRIO						
ESTADO MENTAL				SISTEMA URINÁRIO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
RÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				FÍSICOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3				APLICADO AS	EFEITOS
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				TOTAL DE DOSES But 15mg Feudra 20mg Klofazimina 100	
TEMPERATURA T	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO	38				1 Capropilin 2g 2 Roul Tolnasor 3 4 Desacalcorate 6g 5 Chclorasept 6g 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					DURAÇÃO	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS AF + BCA; DC cu-6; by DC GA; ceto 2 Segu o.				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES Festas de ferias				A 5/1/19 Coluna com K3		
CIRURGIÕES Dr. Jairson						
ANESTESISTAS Dr. Edmara						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
ADIANE RABOS DE OLIVEIRA MEDELLIN 06/07/2019						
PARTICULARIDADES						
MOD 76 - HUT						

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
 N. Aquisição: 1032863 Solicitação: 06/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
 N. Móvel: 1378874 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

CIA: 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

Assinatura: Carlos Augusto Moura Fe
 Matrícula: 69904
 SAME: HUT
 Ordem:



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
 Consulta: 1034226 Solicitação: 09/12/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
 Atto: 1381817 Convênio: SUS 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.
- Ausência de volume de partes moles.

(FANDI SILVA) TERESINA - PI 14/12/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Moskelyne Parente Cavalcante
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 Conf. 100% - 100% - 100%





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 - 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 Moreira De Lemos Junior
CRM - PI 3878

Dr. Jamerson Moreira De Lemos Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3878 - CEO: 1094



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**REGISTRO
GERAL**

NOME

NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO

**CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE**

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L

SEXO F 141

DEXP 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

**DATA DE
EXPIRAÇÃO 23/09/14**

DATA DE NASCIMENTO

22/05/1971

CARTILLA DE IDENTIDADE

0416263

ASSINATURA DO TITULAR

cicera roze soares marques



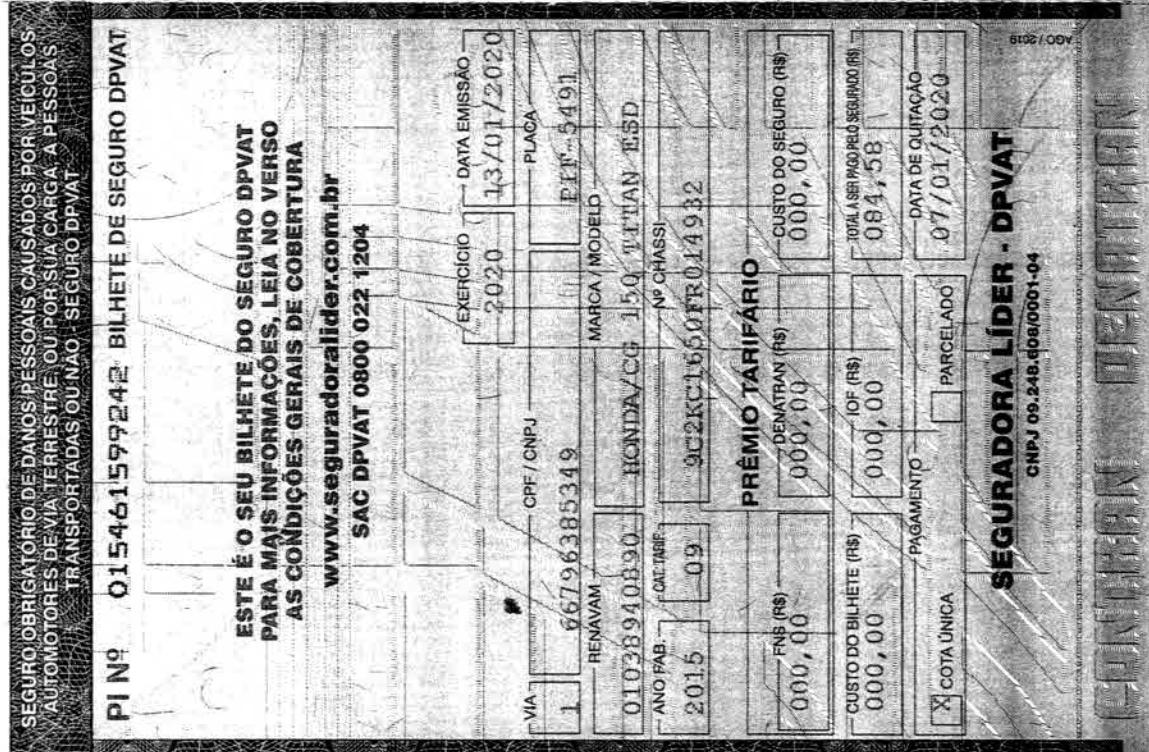
GOVERNO DO ESTADO DO PAUL

INSTITUTO DE DEENDECAO - SEDE DA POLICIA CIVIL DO BRASIL

ESTADUAIS DE SEDENDECAO - JOAO DE DEUS MARTINS



DETTRAN - PI		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	1	COD. RENAVAM	012022001160
EXERCÍCIO 2020		DATA 13/01/2020	
Nº 015461599242		NOME ANTONIO DOMINGOS PODRETTOS GALVAN	
CPF / CNPJ 010389100590		PLACA PIF-5491	
PLACA ANT / UF O		CHASSI WLT3E71650FR014932	
ESPECIE/TIPO EAS/MONOCLICR/NENHUMA		COMBUSTÍVEL ALCOOL / GÁS	
MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN E/SID		ANO FAB. 2015	
CAP / POT / CIL 002P/0149CC		CATEGORIA ALUGUEL	
COTA UNICA 1		VENC. COTA UNICA 1º	
FAIXA IPVA P		PARCELAMENTO / COTAS 2º	
		3º IPVA	
		PRÉMIO TOTAL (R\$) PAGO	
		DATA DE PAGAMENTO 01/01/2020	
		OBSERVAÇÕES	
SEM RESTRIÇÕES SEGURO		DESPERTE OBRIGATÓRIO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA	
		LOCAL TERESINA	
		DATA 13/01/2020	



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088028/20

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

- 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 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 FÉMUR 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: Antônio Domingos Rodrigues Galvão	RG: 4362708	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 11/09/17
CPF: 667.963.853-49	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Mototaxista	Nº: 1146
ENDEREÇO: Rua monteiro Liebano		BAIRRO: São Joaquim	
COMPLEMENTO: casa		CEP: 64004-215 TELEFONE:	
CIDADE: Teresina		ESTADO: Piauí	

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 CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO 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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Antônio Domingos Rodrigues Galvão

Data do acidente de trânsito : 06/12/2019

Cobertura da vítima : Imobilized

Teresina - PI

LOCAL / DATA : 31/01/2020

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 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