

Audiência x Upload x Control x Tribuna x Sistema x online x Acesso x Consult x 081100 x Entrada x Merge x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=509591&ca=f39df712b4f9a7669f946f4fd782ae7866782ef0fca8...

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

PJE ProceComCiv 0811001.41.2020.8.18.0140
GILSON SOARES DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

9988593 - CONTESTAÇÃO (2723186 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 29/05/2020 13:27:53

29 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9988242 - CONTESTAÇÃO
 - 9988593 - CONTESTAÇÃO (2723186 CONTESTACAO 01)
 - 9988596 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2723186 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9988598 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9988608 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9988609 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

13:27

downloadBinario.seam 1 / 11

2723186- CS/ 2020-02046/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Certidão de arquiv...pdf online.html certidão de trãsi...docx certidão de trãsi...pdf AR - 22.pdf Exibir todos x

PT 13:27 29/05/2020



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

Processo: 08110014120208180140

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 **GILSON SOARES DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **20/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 13/02/2020.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão espositiva 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, pugnano desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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		 Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3200125019	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS	Data do acidente: 20/12/2019	Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 27/03/2020				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA E ÚMERO ESQUERDO (PAG.01.07.08.09)				
Resultados terapêuticos: TRATAMENGO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

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

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

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

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

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

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

Ante o exposto, deve o feito 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 **20/12/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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:	01/04/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON SOARES DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01987
CONTA: 000000111761-2

Nr. da Autenticação D1071132ED4C79C9

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

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

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

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

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

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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.

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

⁷art. 1º. (...)

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BARRAS, 26 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GILSON SOARES DOS SANTOS**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BARRAS**, nos autos do Processo nº 08110014120208180140.

Rio de Janeiro, 26 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

equatorial
ENERGIA

Para contato
consulte, informe
estes números

SEU CÓDIGO
1421893-3

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CEP: 64.000-000 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Insc. Municipal: 1.421.893-3 | Conta de Energia Eletrônica - Série S-1
- uma especial de Imprensa autorizada pela SEPAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 032165565

A tarifa oficial de Energia Elétrica - TSEL, fixada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
JANEIRO/2020

VENCIMENTO
25-01-2020

CONSUMO (kWh)
127

TOTAL A PAGAR (R\$)
79,22

ROSANGELA DAS MERCES BARROS SANTOS
R5 CIDADE SUL S/N QD V1 CASA 38 B-URBANO
CPF: 00082714304320
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 2.001.26.19.028500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	7878	Atual:	02/01/2020
Anterior:	7751	Anterior:	04-12-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	03-02-2020
	127	Estimativa:	01-01-2020
Consumo Faturado:	127	Apresentação:	02-01-2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESID. B.X. RENDA	MONO	A1586208		1.4.1.1	133

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	
DEZ/19 130		30 A R\$ 0,281264 =	8,43
NOV/19 119		70 A R\$ 0,482153 =	33,75
OUT/19 121		27 A R\$ 0,723238 =	19,52
SET/19 151		CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,54
AGO/19 132		DIFERENCA DE TARIFA	40,35
JUL/19 133		SUBVENCAO BAIXA RENDA	30,22
JUN/19 144		CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00	0,13
MAI/19 137		MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00	0,10
ABR/19 137		JUROS DE MORA ATRASO 11/19-00	0,01
MAR/19 124		MULTA POR ATRASO 11/19-00	1,40
		JUROS POR ATRASO 11/19-00	0,21
		ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,98
		TARIFA SEM TIE:	
0 A 50 - 0,210000			
51 A 100 - 0,310000			
101 A 127 - 0,511260			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 12/2019 87,32
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 17-01-2020. O não pagamento por 30 dias poderá resultar na inclusão do nome do consumidor no CADINER, com todos os efeitos legais. O pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO: 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

54F9.D1A3.FE77.F1DE.E732.4C9E.B01A.7DE5

COMPARAÇÃO DA CONTA IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Contribuição:	22,35	Base de Cálculo:	102,05	79,00
Energia:	43,18	Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	7,30	Valor do ICMS:		22,45
Encargos:	3,57	Valor do PIS:	0,71%	0,57
Tributação:	25,65	Valor do COFINS:	3,30%	2,63

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	PIS			COFINS			ONCC
	Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral	Anual	
Unidade	7,66	15,33	30,65	3,61	7,23	14,45	4,31
Realização	0,00			0,00			0,00
Consumo							
NAZARIA						11/2019	22,75

ROT: 2.001.26.19.028500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

equatorial
ENERGIA

1421893-3

79,22

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CEP: 64.000-000 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

01/2020

25-01-2020

Nº da Nota Fiscal:

032165565 FCAM

836000000000 7 79220017000 1 00000001421 7 89330120008 3



DATA: 14-01-2020
HORA: 14:18:53
DI: VENC.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do Chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída de PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow =				
Assistência	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pupilas				
	27 Pulso				
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento				
	29 Escala de Dor de 0 a 10				
Responsável pela recepção	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
Socorristas	32 Hospital de Destino				
	33 Condições de entrada				
Enfermeiro	34 Óbito				
	35 Observações Interdisciplinar				
Conducutor	36 Observações Interdisciplinar				
	37 Observações Interdisciplinar				



NOME DO PACIENTE: Gilson Soares dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 131382

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".

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confira com Original



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

Okspedica
Cine mais EMTV (Imagem Tatu)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 20/12/2019 15:57:17
(User: VICTOR NOGUEIRA)
(Estação: CONSULPA03)

Nome: GILSON SOARES DOS SANTOS		Prontuário: 131382	
Mãe: ESTELITA SOARES DOS SANTOS		Pai: ANTONIO LUIS DOS SANTOS	
End.Resid.: QD VI CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/09/1978	Idade: 41a3m19d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 3235-8122
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão: MONTADOR		Documento: RG: 1656808 - SSP-PI	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 757685	Entrada: 20/12/2019 15:31:55	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PCT SORO+ C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C MOTO HÁ +40MIN.RELATO DE TRAUMA OMBRO E,MSD,MID.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) ECG-15 FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 20/12/2019 15:42:36

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, A CERCA DE 1 HORA, RELATA USO DE CAPACETE., NEGA IMPACTO NA CABEÇA; NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, TONTURA, CEFALÉIA E VÔMITOS. AUSÊNCIA DE OTORRAGIA E EPISTAXE. REFERE DOR EM INTURA ESCAPULAR ESQUERDA E EM MSD. ALERGIA A BENZETACIL. ALEGA USO DIÁRIO DE CLONAZEPAM E T. ANTIRRETROVIRAL. #PORTADOR DE RETROVIROSE EG, FASCIAS DE DOR, CONSCIENTE E ORIENTADO. A) VIAS AEREAS PERVIAS COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE-BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.	TOMOGRAFIA REALIZADA DATA 20/12/19 HORA 19:40h EXAME TORAX + OMBRO D TECNÓLOGO: <i>[Assinatura]</i>
--	---

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: (1391561) - TORAX PA (1391562) - QUADRIL (1391563) - OMBRO ESQUERDO	Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula 0059234 SAMU HUT Confere Original
--	--

Prescrição Médica: DIPIRONA - 1g + AD, EV, agora TILATIL - 20mg + AD, EV, agora	RAIO-X REALIZADO DATA 20/12/2019 Técnico: <i>[Assinatura]</i>	Dr. Victor Unidade: Urgência Geral CRM: 13.122-1/PA-0001
--	--	---

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

VICTOR ULISSES NOGUEIRA
CRM: 3921 Em: 20/12/2019 15:57:13

0 nro pöytä. 20/12/19 k 19:00

Autos presente vítima de acidente motociclístico
(mor e morto).

Ad Ex. 4. p. 100. OMO p. 100.

- Comunicação: sem escolha, sem deformação, sem ser a própria.
- Barra: sempre sobre a linha, está na
- marc.: deformação no tipo ①, deformação no tipo ②
- de e deformação clássica ③, de um chip.
- marc.: de - não ④
- deformação: deformação no tipo ⑤

pt. Futuro 20 Voto (D) - (Linínea)
Futuro de Linínea (E) + Enríque. (E)
Futuro de Aves como (C)

CS. T.C. 20 05/10 (E)

TL 20 Power

Avant de commencer le travail

Dr. Eduardo Régis de A. Ruyter, M.D.
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2009 TESTE 12/10

Living in good 19:40 20/12/79

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME HUT
Confere com Original

Paciente vítima de acidente de moto
relata dor em ombros, sem outras queixas
EF: Btl, consciente, orientado, sem alterações
murmurado, hidratado, ACF fisiológico, abdome plano,
glacido, indolor a palpação

T.C. tirax palzede nio oxidacion anomolichad. dig.
oxidacion fultura de sombra E. o flavelo D. con limon
la D. de la mano de la mano de la mano de la mano de la mano

The RAC
+ on parents



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Gilson Teves da Silva						
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE		
DATA: / /		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
Dieta. 2000						
2.5 F 0,9-1. 1500 ml, IV, 29 g de lina		20.03.28		20.03.28		
3. Diarrea 2g + A0, IV, 66 g		20.03.28		20.03.28		
4. Tíbilis 20mg + A0, IV, 221 g		20.03.28		20.03.28		
5. Tíbilis 20mg + A0, IV, 221 g						
6. Svc + CCB						

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		GILSON SOARES DOS SANTOS	
Diagnóstico pré-operatório		FRATURA MALHE DUREZA C/ DEFECIT M. V. HUMER	
Operação - Tipo		RATF e placa e exploração m. modif	
Cirurgião	1º Assistente	LEONARDO (122)	
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME HUT
Confirmação Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Planta - DDA
Análise e inspeção; após a
fratura lateral; a placa por placa
Exploração do nervo radial; venopresão
Análise de hemostasia por meio transparente
Redução e fixação do fratura e
placa de 4,5mm estufa e venopresão
Sutura por placa
Curativo

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PT 2608

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Gilson Soares dos Santos					Nº DE REGISTRO	
DATA: 22/12/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO 73	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA Paciente NIV						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA Depresso						
SISTEMA CIRCULATÓRIO Normotensão					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA Não	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO Regim adequado			SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de calcâneo, unilateral					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 AR 2 3 SEVO	8:15 9:20				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 100					1 Chetark 2 Identificação 3 Monitorização 4 Indução 5 1st 4 TOT 75 DVM modo VCV
TEMPERATURA T	Cº 260 240 2					SEQUÊNCIA 1 VC: 480 2 FIO: 14 3 DEEP: 5 4 5 Fentol 6 250 7 Lidocaine 8 90 10 Propofol 12 200 13 Succinyl 15 70
P. ARTERIAL V O PULSO	38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS Geal (Paciente CI deão de N. Rodval)					DURAÇÃO	
OPERAÇÕES Tb cirurgia de fratura de univerno a claudula					INCIDENTE - ACIDENTE	
CIRURGIÕES Dr. Claudio					1 Alacur 25 mg 2 Diprione 2g 3 Desam. 10 mg 4 Bextral 40 mg 5 Ondansetron 4 mg 6 T.ermal 100 mg 7 20 ml ropid CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS 0,5% v. m. f. t. r. a. p. um 50 1 Clonidina 150 mg 2 Clonidina 2g 3 Atropina 0,75 4 Atropina 2 mg	
ANESTESISTAS Amanda Gomes / Ale Avelino ANESTESIOLOGISTA CRM 4981						
Teresita Raquel Pereira de Sousa Lopes Matricula 058234 SAME HUT Confere foto Original						
PARITICULARIDADES						

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICODATA 23/12/19

NOME DO PACIENTE: <u>Gilson Soares dos Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>131382</u>
DIAGNÓSTICO: <u>hemorria ovario En</u>	CIRURGIA: <u>histeri-cl placo</u>
ANESTESIA: <u>Correl</u>	Nº DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIÃO: <u>LEUWU</u>	CPF Nº: <u>167786998-4</u>
AUXILIAR: <u>LEUWU 1122</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Amanda</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ediane</u>	CPF Nº: _____

Dr. ANDRÉ PONCE DE AL
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Ombro e Cotovelo
 CRM-PI 2608

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>nº24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>002</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>06</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>nº03</u>	<u>02</u>						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>nº01</u>	<u>02</u>			CIRCULANTE: <u>Lara</u>			
PROLENE							

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME HUT
 Confere com Original



**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	254289

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GILSON SOARES DOS SANTOS	6 - Prontuário: 131382		
7-CNS: 700503370568756	8-Nascimento: 01/09/1978	9-Sexo: Masculino	RG: 1656808- SSP-PI-Exp:
11-Mãe: ESTELITA SOARES DOS SANTOS	12-Fone: 86- 3235-8122		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:		
15-End: QD VI CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020393	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: PIMES - NF: 41178		

38-Profissional Responsável: FREDERICO ARAUJO LEITE	40-Tp. Documento: CPF	Dr. LEANDRO SOUZA LEAL Ortopedista e Traumatologista Cirurgião de Mão e Cotovelo CRM-PI 2608
41-Data Solicitação: 23/12/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 876.394.323-91	
41-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa manuscrita:
Infecção Sanguínea

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 28 JAN 2020	52-CNS/CPF: Dr. Marcia B. J. Lima Assessora de Auditoria DRCA/MS - CRM - PI: 4229 CNS: 702900515037675
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(JANAINA FREIRE)

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere em Original

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

ACIENTE - Nome: Gilson Soares dos Santos

Nº AIH: 254289

Nº do Prontuário: 131382

Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408020393

Indicador de Compatibilidade: 0702030902

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Leandro

CRM Nº

CPF Nº

ATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 23/12/19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx-110</u>	<u>01 Placa DCB 4,5 Serpente de 10 furos</u> <u>06 parafusos corticais</u>

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
 Ortopedia e Traumatologia
 Ombro e Cotovelo
 CRM-PI 2608

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

Teresina 23 de dezembro de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

N.P.J:

Assinatura:

cargo:

Nome: Aurália

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 859234
 SAMECHUT
 Confere com Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
GILSON SOARES DOS SANTOS		131382	01/09/1978	41	Ortopédica	236	33	
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
DI : 20/12/2019		FRAT. DIAFISE DO UMEMO D + CLAVULA E						
24/12/19								
1		Dieta oral livre						
2		Bjelco salinizado						
3		Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs			14	22	06	
4		Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs			12	18	24	06
5		Tramadol 100mg _ 01amp + Sf 0,9% 100ml EV 8/8hs SN //						
6		Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h			12	18	24	06
7		Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN //						
8		Cuidados gerais e sinais vitais						
Dr. José Henrique L. Pinha Ortopedista e Traumatologista CRM 33517 Dr. Ricardo S. Valença Ortopedista e Traumatologista CRM 059234 Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedista e Traumatologista CRM 3367 Dr. Armando Cronenburger / Ortopedia e Traumatologia / Dr. Yuri litago Félix / Ortopedia e Traumatologia / Dr. Ricardo S. Valença / Ortopedia e Traumatologia / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho / Ortopedia e Traumatologia / CRM 3415-TEO/10029 / CRM 17308 / CRM 3766-TEO/11305 / CRM 3367								



275830

Impressão: 20/12/2019 20:42:03

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 273830
	AIH: 2219102470486
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700503370568756	NOME DO PACIENTE GILSON SOARES DOS SANTOS	NASCIMENTO 01/09/1978	SEXO M	PRONTUÁRIO 131382
DOCUMENTO 79914713300	CPF 86988327600	TELEFONE 86988327600	NOME DA MÃE ESTELITA SOARES DOS SANTOS	RESPONSÁVEL O MESMO
CEP 64035640	ENDEREÇO - LOGRADOURO QRADRA 81	NUMERO / LOTE CASA 9		
BAIRRO DIRCEU ARCOVERDE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA DIAFISE DIREITO + FRATURA DE CRAVICULA ESQUERDA E ESCAPULA ESQUERDA + ARCOS COSTAIS SEM DIFICIT NEUROVASCULAR. PORTADOR DE RETROVIROSE.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX E TC + EF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S423 - FRATURA DA DIAFISE DO UMERO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FREDERICO ARAUJO LEITE CPF: 87639432391 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 20/12/2019
DATA ADMISSÃO 20/12/2019 15:31	DATA ALTA 24/12/2019 09:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO CPF: 22759379353 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 20/12/2019 21:41:32 CPF CRM DATA ANALISE:
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Dr. Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 259234
SAME HUT
Conferir Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)
Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a3m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 757685
Requisição: 1038837 Solicitação: 20/12/2019 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA
Controle: 1391564 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 20/12/2019

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura na clavícula esquerda.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/12/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula 9059234
SAMP: HUT
Confere com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)
Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a3m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 757685
Requisição: 1038837 Solicitação: 20/12/2019 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA
Controle: 1391565 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 20/12/2019

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura na diáfise do úmero fixada por placa metálica.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/12/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula 059234
SAM- HUT
Confere em Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)
Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a3m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 757685
Requisição: 1038888 Solicitação: 20/12/2019 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA
Controle: 1391671 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 20/12/2019

T.C. DE OMBRO DIREITO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM GRANDE TUBEROSIDADE DA CABEÇA UMERAL.
- AUMENTO DE PARTES MOLES.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 20/12/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMEA HUT
Confere com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICOPaciente: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)

Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a4m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254289

Requisição: 1039519 Solicitação: 22/12/2019 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO

Controle: 1392926 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 33

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 22/12/2019

JOELHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/01/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME HUT
Confere em Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)
Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a4m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254289
Requisição: 1039914 Solicitação: 23/12/2019 Solicitante: FREDERICO ARAUJO LEITE
Controle: 1393671 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 33

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 23/12/2019

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente alinhada na diáfise do úmero fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lope
Matrícula: 059234
SAÚDE - HUT
Confere com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)
Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a4m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254289
Requisição: 1039914 Solicitação: 23/12/2019 Solicitante: FREDERICO ARAUJO LEITE
Controle: 1393672 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 33

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 23/12/2019

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo
Matrícula: 059234
SAMES HUT
Conferido em Original

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO "JOAO DE DEUS MARTINS"



POLICIA CRIMINAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Gilson Soares dos Santos

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.656.808 DATA DE EXPECIDICAO 05/08/09

SIGLA
FILIAÇÃO
ESTELITA SOARES DOS SANTOS
ANTONIO LUIS DOS SANTOS

NATURALIDADE
TERESINA-PI

DOC. ORIGEM
CERT. CASAM. 13776 L B-36 F 285
EXP TERESINA-PI 22/01/99

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO
01/09/1978

TERESINA-PI
799.147.133-00

Assinatura do Titular
Gilson Soares dos Santos

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125019 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA E ÚMERO ESQUERDO (PAG.01.07.08.09)

Resultados terapêuticos: TRATAMENGO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125019 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA E ÚMERO ESQUERDO (PAG.01.07.08.09)

Resultados terapêuticos: TRATAMENGO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098852/20

Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS

CPF: 799.147.133-00

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 20/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON SOARES DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

GILSON SOARES DOS SANTOS : 799.147.133-00

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: 19/03/2020
Nome: GILSON SOARES DOS SANTOS
CPF: 799.147.133-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

GILSON SOARES DOS SANTOS

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125019

Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSON SOARES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125019

Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILSON SOARES DOS SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **GILSON SOARES DOS SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **00000111761-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 799.147.133-00 4 - Nome completo da vítima: Gilson Soares dos Santos

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

5 - Nome completo: Gilson Soares dos Santos 6 - CPF: 799.147.133-00
7 - Profissão: Ricardo - me 8 - Endereço: R5 Lidade Sul 9 - Número: 511 10 - Complemento: 001 C5 38
11 - Bairro: Bairro Urbano 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 98821-4516

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 111.761 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 -

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caruaru - PI, 20/03/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

5067 2251 5401 5459

SPR

VALIDITY

10/24

GILSON SOARES DOS SANTOS

1987 013 00111761-2

elo



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005968/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/02/2020 11:49 Data/Hora Fim: 13/02/2020 12:18
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 20/12/2019 14:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Itararé
Logradouro: DIRCEU

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILSON SOARES DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 01/09/1978 Idade: 41 anos
Naturalidade: PI - Teresina Profissão: Montador de Móveis
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Estelita Soares dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 799.147.133-00

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: Q-VI C-38-RESIDENCIAL CIDADE SUL
Bairro: SANTA CLARA

Nome Civil: MANASSES DO NASCIMENTO ROSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 19/06/1993 Idade: 26 anos
Naturalidade: PI - Teresina
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: VANDA MARIA DA CONCEICAO ROSA Nome do Pai: ISRAEL DO NASCIMENTO ROSA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 062.399.423-24
RG - Carteira de Identidade: 3395061

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUA PARANA Nº: 23
Bairro: SANTA CRUZ CEP: 64.028-700



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 13/02/2020 12:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005968/2020

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 062.399.423-24

Renavam 00735465738

Número do Chassi 9C2JC3010YR050323

Cor VERMELHA

Município Veículo Teresina

Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 14/08/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa LWF7303

Número do Motor JC30E1Y050323

Ano/Modelo Fabricação 2000/2000

UF Veículo Piauí

Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

MANASSES DO NASCIMENTO ROSA

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor

Grupo Veículo

Descrição DESCONHECIDO

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE DISSE QUE TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA, PILOTADA POR MANASSES, QUANDO DE REPENTE OUVIU O CHOQUE COM PUTRA MPTOCICLETA, SOCORRIDO PELO SAMU, PRONTUARIO N:2902, LEVADO PARA O H.U.T, PRONTUARIO N:131382, ESTE SERVIRA PARA REQUISIÇÃO DO D.P. VAT, ERA O B.O.

ASSINATURAS

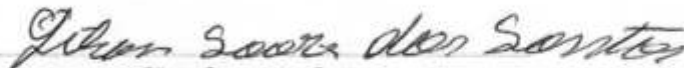


Jose Nilton Nunes Filho

agente de polícia

Matrícula 009070x

Responsável pelo Atendimento



Gilson Soares dos Santos

(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."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 13/02/2020 12:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 799.147.133-00 4 - Nome completo da vítima: Gilson Soares dos Santos

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

5 - Nome completo: Gilson Soares dos Santos 6 - CPF: 799.147.133-00
7 - Profissão: Ricardo - me 8 - Endereço: R5 Lidade Sul 9 - Número: 511 10 - Complemento: 601 C5 38
11 - Bairro: Bairro Urbano 12 - Cidade: Curitiba 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 98821-4516

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 111.761 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Curitiba - PI, 20/03/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON SOARES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000111761-2

Nr. da Autenticação D1071132ED4C79C9