



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCRA.20.00167688-1** em **10/06/2020 12:01:39**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Crateús
Processo : 0050548-73.2020.8.06.0070
Protocolo : WCRA.20.00167688-1
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 10/06/2020 12:01:39

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo todos documentos >>>[Exibir 3 primeiros](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2726027_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
Documentação : 2726027_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-16.pdf
Documentação : 2726027_CONTESTACAO_Anexo_02 - 17-25.pdf
Documentação : 2726027_CONTESTACAO_Anexo_02 - 26-34.pdf
Documentação : 2726027_CONTESTACAO_Anexo_02 - 35-40.pdf
Documentação : 2726027_CONTESTACAO_Anexo_02 - 41-45.pdf
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
Documentação : ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
Documentação : PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRATEUS/CE

Processo: 00505487320208060070

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 **JUNIO BARBOSA DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/11/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 29/01/2020.

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

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

A pretensão 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, prossegue 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\$ 2.531,25 (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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **18/11/2019**. 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).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.”

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.

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:

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.

- 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.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CRATEUS, 4 de junho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR
14752 - OAB/CE

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **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 do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** 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 **JUNIO BARBOSA DE SOUSA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **CRATEUS**, nos autos do Processo nº 00505487320208060070.

Rio de Janeiro, 4 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094694

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094694

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000997-0

Conta: 0000035577-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094694

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094694

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: **JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **237**

Agência: **000000997-0**

Conta: **0000035577-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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: 618.366.623-86 4 - Nome completo da vítima: Jânio Barbosa de Sousa

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

5 - Nome completo: Jânio Barbosa de Sousa 6 - CPF: 618.366.623-86
7 - Profissão: Liquidador 8 - Endereço: R. Calheiros 9 - Número: 510 10 - Complemento: Lona
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Piranga 13 - Estado: CE 14 - CEP: 6220-000
15 - E-mail: janneilma1607@yahoo.com 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 097 0 CONTA: 35577 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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 aqueles 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 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS
Impresso nº 202085458



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484 - 131 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/01/2020 09:40:28**
Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2019 00:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DR. EPITÁCIO DE PINHO - PORANGA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JUNIO BARBOSA DE SOUSA**
Nascimento: **18/05/2000** CPF: **618.366.623-86**
RG: **654266864** Órgão Emissor: **SSP** UF: **SP**
Filiação: **MARTA BARBOSA DE QUEIROZ**
GERALDO GONÇALVES DE SOUSA
Endereço: **SITIO CABOCLOS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **PORANGA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(11) 96431-9957**

Histórico

A PESSOA ACIMA QUALIFICADA COMPARECEU EM CARTÓRIO DESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, ONDE, APÓS SER CIENTIFICADA DO TEOR DOS ARTIGOS 339 E 340 C.P.B., COMUNICOU O SEGUINTE: QUE NO DIA 18 DE NOVEMBRO DO ANO DE 2019, POR VOLTA DAS 00:30, ESTAVA TRANSITANDO A PÉ, PELA AVENIDA DOUTOR EPITÁCIO DE PINHO, CENTRO DE PORANGA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM CARRO, O QUAL NÃO SABE CARACTERIZAR, NEM IDENTIFICAR O CONDUTOR, POIS O MESMO SE EVADIU DO LOCAL, SEM PRESTAR SOCORRO; QUE, COM A COLISÃO, CAIU AO CHÃO, INCONSCIENTE, E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE PORANGA, POR UMA PESSOA CONHECIDA POR DANIEL, RESIDENTE NA LOCALIDADE DE PAU ROXO, ZONA RURAL DE PORANGA-CE; QUE, EM SEGUIDA, FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, ONDE FICOU INTERNADO POR 3 DIAS; QUE FICOU COM UMA FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DO PÉ DIREITO; QUE NÃO SABE CARACTERIZAR O VEÍCULO QUE LHE ATROPELOU POIS O CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; NADA MAIS DISSE.//

OBS: NÃO HÁ RELATÓRIO DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, GUARDA-CIVIL MUNICIPAL, IML, SAMU, E NEM DE OUTROS ÓRGÃOS DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO, PORÉM APRESENTARAM-SE COMO TESTEMUNHAS AS PESSOAS DE MARIA VIVIANE FREITAS MATOS, RESIDENTE NO DISTRITO DE CABOCLOS, ZONA RURAL DE PORANGA-CE (TEL:11 952501025), A QUAL RELATOU QUE É ESPOSA DA VÍTIMA E PRESENCIOU O MOMENTO DO ACIDENTE, OCASIÃO EM QUE O MESMO FOI ATROPELADO POR UM CARRO, O QUAL NÃO FOI IDENTIFICADO, DISSE AINDA QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PORANGA, SENDO TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA E ANTONIA MIKAELLY LIMA BEZERRA RESIDENTE NA RUA RAIMUNDO BEZERRA DE MENEZES, 427, JARDIM DAS OLIVEIRAS, PORANGA-CE (TEL:

Francisco Irlan Pontes Filizola
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS

MAT: 300619-1-8

Antonia Mikelly Lima Bezerra

Pág. 1 de 2

Impresso em: 29/01/2020 10:13:15

Junio Barbosa de Sousa

Le Villian Furtos notes



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS
Impresso nº 202085458



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484 - 131 / 2020

88 996504812), A QUAL RELATOU QUE PRESENCIOU O ACIDENTE, NO QUAL A VÍTIMA FOI ATROPELADA POR UM CARRO, O QUAL NÃO FOI IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PORANGA, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA EM SOBRAL, APRESENTANDO LESÃO NO TORNOZELO DO PÉ DIREITO; AS TESTEMUNHAS PRESTARAM O COMPROMISSO DE FALAR A VERDADE E FICARAM CIENTES DA POSSIBILIDADE DE RESPONDEREM PELO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, NOS TERMOS DO ARTIGO 342 DO CPB; NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO IRLAN PONTES FILIZOLA - MAT.: 300619-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Adriana Barbosa de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO DE ALMEIDA PAZ - MAT.: 301258-5-1

Testemunhas:

X Antonia Mikelly Lima Bezerra

X M - Vinícius Brites Neto

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: 618.366.623-86 4 - Nome completo da vítima: Jânio Barbosa de Sousa

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

5 - Nome completo: Jânio Barbosa de Sousa 6 - CPF: 618.366.623-86
7 - Profissão: Liquidador 8 - Endereço: R. Calheiros 9 - Número: 510 10 - Complemento: Lona
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Piranga 13 - Estado: CE 14 - CEP: 6220-000
15 - E-mail: janneilma1607@yahoo.com 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 097 0 CONTA: 35577 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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 aqueles 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 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000035577-1

Nr. Autenticação

BRADESCO010420200500000000002370099700000003557784375 PAGO

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000035577-1

Nr. Autenticação

BRABESCO1103202005000000000023700997000000035577168750 PAGO

5614658

Para aplicar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 023223478

Rota: PN123R04 - 221000
 Nome: ANTONIA NILCA ARAUJO FREITAS
 Endereço: DT CABOCLOS, 00000, CABOCLOS, 62220-000, PORANGA

Classificação: **Agropecuária**
 Modalidade: **B2 RURAL**
 Ligação: **Trifásico**

ÁREA RESERVADA AO FISCO

for criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CDP 06.105.849-3

Emissão: 09/10/2019
 Medidor: 2664813-FAE-048

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
25	5.988	5.738	1.00	150	00	150	0,55233	82,85

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	4,52
CONSUMO	0,55233	82,85
ADICIONAL BAND. AMARELA	-	0,41
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	7,13

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	90,39	27,00	24,41
PIS	90,39	0,03	0,02
COFINS	90,39	0,14	0,13

13/11/2019

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂) 0 100

TOTAL A PAGAR (R\$)

94,91

CPF/CNPJ

311.051.732-91

PERÍODOS DE FATURAMENTO

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 05/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 04/10

DÉBITOS ANTERIORES

PERÍODO	VALOR (R\$)
12/2018	78,79
Total:	R\$ 78,79



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORANGA
SECRETARIA DE SAÚDE

Nº 00:56
DATA: 18/11/13

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:

Junior Barbosa de Sousa

RG: 65426686-4

ESTADO CIVIL:

Solteiro

SEXO: M

DATA DO NASC: 18/05/00

IDM 3E: 18a

NATURALIDADE:

Luciana - GO

PROF:

agultor

RESIDÊNCIA:

Capelas

CNS:

FILIAÇÃO:

Genildo Gonçalves de Sousa e Marta Barbosa de

Aleixo

CONJUGE:

2. QUEIXA PRINCIPAL:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

fratura exposta na perna - 2, decorrente de acidente de trânsito (STC).

4. PESO: KG

5. P.A.

mmHg

6. TEMPERATURA:

°C

7. EXAMES SOLICITADOS:

Assinatura do paciente ou responsável: *Junior Barbosa de Sousa*

Assinatura do médico:

GRANDE ALBERTO MARIN
MÉDICO
CRM 17.78

1- Cefoperazona 100-g + 100-ml 5F0.5%

Ev - 28 gts./-m

2- Trancel 100-g + 100-ml 5F0.5%

Ev - 28 gts./-m

3- Inactivação protética.

INSTITUTO DE INVESTIGACAO
CIENTIFICA
FARMACIA

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 975860
Paciente: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
Sexo: MASCULINO
Dt. Nasc: 18/05/2000
Mãe: MARTA BARBOSA DE QUEIROZ
Pa:
E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: BETANIA
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: PORANGA
Fone: 985942150
CPF: 61836662386
Idade: 19a 6m 1d
Cor: PARDA
CNS: 705506341346599
Nº: 0
CEP: 62220-000
UF: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Documento:
Fone:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 5655111 Atendente: RAIMUNDO COSTA
Data: 18/11/2019 Hora: 09:03 Permanência: 3 Dias
Procedimento: 0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRAT
Médico: ANDERSON NUNES CÁSSIANO (RES)
Unidade Int: UI EMERGENCIA ADULTA
Leito: LEITO EXT-12 EMERG. ADULTA
Convênio: SUS - SIH
Plano: 1
Parteira:
Guia:

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL PBquinas: 1/1
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação Emitido por: SHEILA COSTA
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente Em: 21/11/2019 17:32

Atendimento: 5655111 Dt. Atendimento: 18/11/2019 - 09:03

Data Alta: 21/11/2019 Hora Alta: 17:00

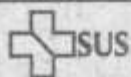
Paciente: 975860 JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Servico: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA Convênio: 1 SUS - SIH
Leito: 160 LEITO 10-3 - C.S.SAO J Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuario: SHEILA COSTA
CID: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimento de Alta: 40805049 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRI

Observação de Alta:
ALTA MÉDICA DA PRESCRIÇÃO: 2319291
DATA/HORA: 21/11/2019 10:29:33
USUÁRIO DA ALTA: PONCIANO LIMA
MOTIVO DA ALTA: 1 - ALTA MELHORADA



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Nº ID: 5655111 DT. ATEND.: 18/11/2019 - 09:05
MATER.: 975860 NASCIMEN.: 18/05/2000
NOME.: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
MÃE.: MARTA BARBOSA DE QUEIROZ
CPF.: 51836662388 CKS: 706506341346599 SUSFACIL:
ENDER.: BETANIA 0
BAIRRO: ZONA RURAL - PORANGA - CE - CEP: 62220000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - RAÇA/COR

10 - RAÇA/COR

11 - RAÇA/COR

12 - RAÇA/COR

13 - RAÇA/COR

14 - RAÇA/COR

15 - RAÇA/COR

16 - RAÇA/COR

17 - RAÇA/COR

18 - RAÇA/COR

19 - RAÇA/COR

20 - RAÇA/COR

21 - RAÇA/COR

22 - RAÇA/COR

23 - RAÇA/COR

24 - RAÇA/COR

25 - RAÇA/COR

26 - RAÇA/COR

27 - RAÇA/COR

28 - RAÇA/COR

29 - RAÇA/COR

30 - RAÇA/COR

31 - RAÇA/COR

32 - RAÇA/COR

33 - RAÇA/COR

34 - RAÇA/COR

35 - RAÇA/COR

36 - RAÇA/COR

37 - RAÇA/COR

38 - RAÇA/COR

39 - RAÇA/COR

40 - RAÇA/COR

41 - RAÇA/COR

42 - RAÇA/COR

43 - RAÇA/COR

44 - RAÇA/COR

45 - RAÇA/COR

46 - RAÇA/COR

47 - RAÇA/COR

48 - RAÇA/COR

49 - RAÇA/COR

50 - RAÇA/COR

51 - RAÇA/COR

52 - RAÇA/COR

53 - RAÇA/COR

54 - RAÇA/COR

55 - RAÇA/COR

56 - RAÇA/COR

57 - RAÇA/COR

58 - RAÇA/COR

59 - RAÇA/COR

60 - RAÇA/COR

61 - RAÇA/COR

62 - RAÇA/COR

63 - RAÇA/COR

64 - RAÇA/COR

65 - RAÇA/COR

66 - RAÇA/COR

67 - RAÇA/COR

68 - RAÇA/COR

69 - RAÇA/COR

70 - RAÇA/COR

71 - RAÇA/COR

72 - RAÇA/COR

73 - RAÇA/COR

74 - RAÇA/COR

75 - RAÇA/COR

76 - RAÇA/COR

77 - RAÇA/COR

78 - RAÇA/COR

79 - RAÇA/COR

80 - RAÇA/COR

81 - RAÇA/COR

82 - RAÇA/COR

83 - RAÇA/COR

84 - RAÇA/COR

85 - RAÇA/COR

86 - RAÇA/COR

87 - RAÇA/COR

88 - RAÇA/COR

89 - RAÇA/COR

90 - RAÇA/COR

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IEGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prato com fratura exposta e fratura, instável
de fêmur esquerdo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento de urgência

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

Radiografia + BT + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur esquerdo

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 TERCIÁRIO

27 - CID 10 QUATRO

28 - CID 10 CINCO

29 - CID 10 SEIS

30 - CID 10 SETE

31 - CID 10 OITO

32 - CID 10 NOVE

33 - CID 10 DEZ

34 - CID 10 ONZE

35 - CID 10 DOZE

36 - CID 10 TREZE

37 - CID 10 QUATROZEL

38 - CID 10 CINCOZEL

39 - CID 10 SEISZEL

40 - CID 10 SEPTUAGINTA

41 - CID 10 OCTOGINTA

42 - CID 10 NONAGINTA

43 - CID 10 CENTESIMOS

44 - CID 10 MILHARES

45 - CID 10 MILHÕES

46 - CID 10 BILHÕES

47 - CID 10 TRILHÕES

48 - CID 10 QUATROTRILHÕES

49 - CID 10 CINCO TRILHÕES

50 - CID 10 SEIS TRILHÕES

51 - CID 10 SETE TRILHÕES

52 - CID 10 OITO TRILHÕES

53 - CID 10 NOVE TRILHÕES

54 - CID 10 DEZ TRILHÕES

55 - CID 10 ONZE TRILHÕES

56 - CID 10 DOZE TRILHÕES

57 - CID 10 TREZE TRILHÕES

58 - CID 10 QUATROZEL TRILHÕES

59 - CID 10 CINCOZEL TRILHÕES

60 - CID 10 SEISZEL TRILHÕES

61 - CID 10 SEPTUAGINTA TRILHÕES

62 - CID 10 OCTOGINTA TRILHÕES

63 - CID 10 NONAGINTA TRILHÕES

64 - CID 10 CENTESIMOS TRILHÕES

65 - CID 10 MILHARES TRILHÕES

66 - CID 10 MILHÕES TRILHÕES

67 - CID 10 BILHÕES TRILHÕES

68 - CID 10 TRILHÕES TRILHÕES

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgias Múltiplas

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

001 15 910 0 12

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - CNES

33 - CNES

34 - Nº DO DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - Nº DO DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Raulo Medeiros
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 24378 TEOT: 16165

37 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/11/2019

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

Dr. Raulo Medeiros
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 24378 TEOT: 16165

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIDA E OUTRAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNES EMPRESA

44 - CBOE

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() ACIDENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNES

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



916

Hospital
Vendador
Elite Medical

HOSPITAL: Santa Cruz de Sorocaba	PACIENTE: Junio Barbosa de Jesus
MÉDICO: Raimundo	PRONTUÁRIO: 945860
CONVÊNIO: SUS	PROCEDIMENTO: Hernia de Bando
DATA DA CIRURGIA: 18/11/19	ATENDIMENTO: 565511

[illegible]

Dr. Raoni Madeira
Ortopedia e Traumatologista
Clínica do Pê e Tornozelo
CRM: 14314 TEOT: 18165

RESPONSÁVEL DA ELITE MEDICAL:

can also be triggered by stress.



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA Matrícula: 975850 D.N: 18/05/2000 Idade: 19 Anos 5 Meses 0 Dia

Sexo: MASCULINO Atendimento: 5655111

Procedência: PORANGA Data da admissão: 18/11/2019 09:03:07

Diagnóstico Médico:

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

Presença de Familiares/Acompanhantes: Durante Atendimento

ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergia a:

HISTÓRIA ATUAL

SSVV: PA: 130X80 mmHg P: 83 bpm FR: 22 rpm T: 36,3 °C

Motivo da Internação/Queixas Principais:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM FRATURA EM TORNOZELO DIREITO. SEM QUEIXA NO MOMENTO.

AValiação DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/SEDaÇÃO - NECESSIDADES DE PERCEPÇÃO SENSORIAL (PB)

Orientado Consciente

Dor: Sem Dor

Abertura Ocular: Espontânea Resposta Verbal: Orientado Resposta Motora: Obedece a comandos verbal

Pupilas Isocóricas

Motricidade

Braço F. normal D F. normal E

Perna F. normal E

Marcha Alterada

NECESSIDADE DE OXIGENaÇÃO/RESPIRaÇÃO

Regular

Inspeção torácica:

Simétrico

Palpação Expansibilidade: Preservada

Percussão: Claropulmonar

Sons pulmonares: Presente

Oxigenação: Ar ambiente

Ausculat cardíaca: Bulhas Normofonéticas

AValiação DO ABDOME

Inspeção: Plano

Ruídos hidroaéreos: Presente

Palpação: Normotenso

NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO/HIDRATAÇÃO

Dieta por via oral Sólida

URINÁRIA

Micção Espontânea

Diurese:

Límpida e clara

EVACUAÇÃO

Presentes

MEMBROS SUPERIORES/INFERIORES

Dispositivos:

Catéter periférico MSD

Rede Venosa Visível

TEC: <3 seg

NECESSIDADE DE HIGIENE

Cabelos: Normal

Oral: Normal

Pele:

Turgor presente

RX: MID

RISCOS ENCONTRADOS:

Queda Flebite

LIGIA MARIA PEREIRA CAMPOS
COREN-CE 587671

LIGIA MARIA PEREIRA CAMPOS SAMPAIO
Coren: 587671

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 370692

Paciente : 975860

Convênio Atend. : 1

Leito : 213

Dt. Início :

Cid Pré-Operatório : S823

Cid Pós-Operatório : S823

Sala : 0004 SALA 04

JUNIO BARBOSA DE SOUSA -

SUS - SIH

LEITO 1478 - RECUPERAÇÃO

DL Fim :

Atendimento : 5655111

Carteira :

Idade : 19 Anos 12 Horas

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

Convênio: 001

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

SUS - SIH

Procedimento: 0408050578

Convênio: 001

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

SUS - SIH

Anestesia:

Equipe Médica

ANESTESISTA

CIRURGIAO

11858 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA FILHO

14314 RAONI CARLOS MADEIRO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNÓZELO DIREITO

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
- ANTISSEPSE E ASSEPSE
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- DIÉRESE POR PLANOS ATÉ A VISUALIZAÇÃO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
- DEBRIDAMENTO DA FERIDA
- IRRIGAÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
- SUÇÃO DA FERIDA
- HEMOSTASIA DEFINITIVA DA FERIDA
- SUTURA MINIMA DA PELE
- CURATIVO ACOLCHOADO

OSTEOSSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
- ASSEPSE E ANTISSEPSE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, TORNOZELO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO DO MALÉOLO LATERAL
- DISSECÇÃO DA FRATURA
- REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
- SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Raoni Madeiro
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Pê e Tornozelo
CRM: 14314 TEOT: 16165

DR(A) : RAONI CARLOS MADEIRO
CRM : 14314

PRESCRIÇÃO.: 2314989 DATA: 18/11/2019 12:02
USUÁRIO.: RAONI
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 1D)
CONVÊNIO.: SUS - SIH
PACIENTE.: 975960 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UT SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO.: LEITO 1478 - RECUPERAÇÃO COBERTURA: ENFERMARIA
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO
REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE
D1 DE CEFALOTINA E GENTAMICINA
CD: AVALIAR FO E MANTER TALA SOTA

5655111*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data	Horários
1 DIETA GERAL	1					[18/11]	12:02
Obs.: APOS AS 17H							

ANTIMICROBIANOS

	Qtd	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data	Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA TO	1	AMPOLA		EV	24X24 HOR		23✓
Justificativa.: prescrita							
Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos							

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data	Horários
3 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE	1	FRASCO AM		EV	06X06 HOR	[18/11]	12:02 18:02
Justificativa.: PROFILAXIA							
[-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA							
[-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12							
[-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML							
4 C.C. DAPIRONA 500MG/ML 2ML AMPOLA	1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[18/11]	12:02 18:02
5 C.C. TRAMAL 100 MG AMPOLA + SF 0,9% 100 ML	1	AMPOLA	S	EV	06X06 HOR	[18/11]	00:02 06:02
Obs.: se dor que não cede ao item 4							
6 C.C. BROMOPRIDA 5MG/ML AMPOLA 2ML + ABD 20ML	1	AMPOLA	S	EV	06X06 HOR		
Obs.: se enjoos							

Dr. Raoni Madeiro
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 14814 TEOT: 16165

PRESCRIÇÃO.: 2314485 DATA: 18/11/2019 08:24
USUÁRIO....: ANDERSON.CASSIANO
ATENDIMENTO: 5654924 DT NASC: 19/05/2000 (19A SM ID)
CONVÊNIO....: SUS - SIA
PACIENTE....: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPORA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 07:41 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: AMBULATORIO DE ORTOPEDIA LEITO.: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#VIDE ADMISSÃO
#CD: ENCAMINHAR AO CENTRO CIRÚRGICO

5654924

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dr. Anderson Nunes Cassiano
MÉDICO RESIDENTE
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA
CREMEC 17520

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data Horários
1 DIETA ZERO	1					[18/11] 08:24

HIDRATAÇÃO VENOSA	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data Horários
2 SORO FISIOLÓGICO A 0,9 FRASCO 1000ML Obs.: 14 GOTAS MINUTO	1	FRASCO		EV	CONTÍNUA	

ANTIMICROBIANOS	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data Horários
3 TENOXICAM 20MG/AMP + 100 ML SF 0,9% EV D.W Obs.: RECONSTITUIR 1 AMP COM 2 ML AD + 100 ML SF 0,9% EV	1	FRASCO AM		EV	12X12 HOR	

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data Horários
4 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE Justificativa.: prescrita Obs.: INFUNDIR EM ATÉ 2 MIN	1	FRASCO AM		EV	03X08 HOR	[18/11] 08:24 16:24 [19/11] 00:24

|-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA 2 AMPOLA
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12 1 UNIDADE
|-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML 1 UND

5 C.C. DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMP+ 18 ML AD EV D.W Obs.: FAZER 1 AMP+ 18 ML AD EV INFUNDIR EM ATÉ 2 MINUTOS	1	AMPOLA		EV	06X08 HOR	[18/11] 08:24 14:24 20:24 [19/11] 02:24
---	---	--------	--	----	-----------	--

6 BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMPOLA + 18 ML AD EV D.W Obs.: OBSERVARÇÃO: FAZER 1 AMP+ 18 ML AD EV INFUNDIR EM ATÉ 2 MINUTOS SE NAUSEAS OU VÔMITOS	1	AMPOLA		S EV	08X08 HOR	
---	---	--------	--	------	-----------	--

Dr. Anderson Nunes Cassiano
MÉDICO RESIDENTE
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA
CREMEC 17520

PREScrição.: 2314995 DATA: 18/11/2019 12:06
USUÁRIO.: RAONI
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 1D)
CONVÊNIO.: SUS - SIH
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO.: LEITO 1478 - RECUPERAÇÃO COBERTURA: ENFERMARIA
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

5655111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RADIOLOGIA

8 RX PERNA

Qtd	Unidade	SN	Ant	Frequência	Data	Horários
1						

Dr. Raoni Madeiro
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 14314 / TEST: 18165

RAONI CARLOS MADEIRO
CRM: 14314

Carro 845 F

18/11/2019 09:03 - 09:03

18/11/2019 09:03 - 09:03

PRESCRIÇÃO.: 2315879 DATA: 19/11/2019 08:30
USUÁRIO.: PONCIANO LIMA
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 2D)
CONVÊNIO.: SUS - SIH
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR:

#LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

EM PÓ DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI. REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE EM 18.11.19 POR DR RAONI

EM USO DE CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL. BEG, EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLÓGICAS. ACEITANDO DIETA, ORIENTADO, PERMANECE COM DOR EM MMII DIREITO. EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO

#EXAMES:

CD:
- CUIDADOS DA FO E MANTER TALA BOTA
- SOLICITO RX DE CONTROLE DE TORNOZELO AP E PERFIL E PÉ DIREITO EM PERFIL
- MANTENHO ANTIBIÓTICOS

Dr. Gerinana Braga
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19 094

5655111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA GERAL	1					[19/11]	08:30

Obs.: APÓS AS 17H

ANTIMICROBIANOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA TO	1	AMPOLA		EV	24X24 HOR		

Justificativa: prescrita

Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos

230

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE	1	FRASCO AM		EV	06X06 HOR	[19/11]	08:30 14:30 20:30

Justificativa: prescrita

-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML

2 AMPOLA
1 UNIDADE
1 UND

140622

PRESCRIÇÃO.: 2315960 DATA: 19/11/2019 09:00
USUÁRIO....: PONCIANO LIMA
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 2D)
CONVÊNIO....: SUS - SIH
PACIENTE....: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO:
CONDUTA:
- SOLICITO RX DE CONTROLE DE TORNOZELO DIREITO AP E PERFIL E PÉ DIREITO EM PERFIL

5655111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RADIOLOGIA

9 RX PÉ OU PODODACTILOS

Obs.: PÉ DIREITO EM PERFIL

10 RX ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA

Obs.: DIREITA EM AP E PERFIL

Qtd	Unidade	SN	Adi	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1

Dra. Germana Braga
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19.094

Dra. Germana Braga
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19.094
CLOTELIO PONCIANO LIMA (INT)
CRM 379270

Germana
19/11/19

PREScrição.: 2315560 DATA: 19/11/2019 00:30
USUÁRIO.....: LIGIA MARIA
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 2D)
CONVÊNIO.....: SUS - SIH
PACIENTE.....: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.....: ALTURA: SUP. COMPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S. SÃO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO

19/11/2019 VER HISTÓRICO.

5655111

PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO

DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
1 AJUDAR O PACIENTE A RECEBER TODOS OS CUIDADOS NECESSÁRIOS							
2 DETERMINAR O NÍVEL DE MOBILIDADE E AS LIMITAÇÕES DE MOVIMENTO							
3 APLICAR ESCALA DE RISCO DE QUEDA SEGUNDO PROTOCOLO							

DOR AGUDA

	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
4 OFERECER ALÍVIO DA DOR MEDIANTE ANALGESIA PRESCRITA							

Ligia Campos
COREN: 587671

LIGIA MARIA PEREIRA CAMPOS SAMPAIO
COREN: 587671

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 2317551 DATA: 20/11/2019 08:30
USUÁRIO.: PONCIANO LIMA
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 3D)
CONVÊNIO.: SUS - SIH
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 2 DIAS(S) INT

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.: 5823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR

LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

EM PO DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI. REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE EM 18.11.19 POR DR RAONI

EM USO DE CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE, SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL, EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLÓGICAS, ACEITANDO DIETA, ORIENTADO, PERMANECE COM DOR EM MMII DIREITO, EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO, FO COM POUCO SANGRAMENTO À EXPRESSÃO E COM SINAIS DE NECROSE NAS BORDAS.

#EXAMES:

CD:
- CUIDADOS DA FO E MANTER TALA BOTA
- CHECO RX DE CONTROLE
- MANTENHO ANTIBIÓTICOS

Dra. Carmena Braga
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19-094

5655111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
DIETA GERAL	1					[20/11]	08:30
Obs.: APOS AS 17H							

ANTIMICROBIANOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA- TO	1	AMPOLA		EV	24X24 HOR		
Justificativa.: prescrite							
Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos							

23

PREScrição.: 2318215 DATA: 20/11/2019 15:00
USUARIO....: DRENALINA
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A SM 3D)
CONVÊNIO....: SUS - SIH
PACIENTE....: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 2 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO

20/11/2019 - PACIENTE ENCONTRA-SE EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE. ACEITA A DIETA VO OFERECIDA. COM AVF PERVO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. AO EXAME TORAX SIMÉTRICO AUSCULTA PULMONAR MV PRESENTE, AUSCULTA CARDIACA, COM BNF 2T SEM SOPROS, ABDOMEN PLANO INDOLOR A PALPAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. COM CURATIVO E TALA EM MID LIMPO E SECO FEITO CONFORME PROTOCOLO DA INSTITUIÇÃO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS ASSISTENCIAIS E MEDICAMENTOSOS.

5655111

PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO

DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

	Qtd	Unidade	SN	Ati	Frequência	Data	Horários
1							
AJUDAR O PACIENTE A RECEBER TODOS OS CUIDADOS NECESSÁRIOS							
2							
DETERMINAR O NÍVEL DE MOBILIDADE E AS LIMITAÇÕES DE MOVIMENT							
3							
APLICAR ESCALA DE RISCO DE QUEDA SEGUNDO PROTOCOLO							

DOR AGUDA

	Qtd	Unidade	SN	Ati	Frequência	Data	Horários
4							
OFERECER ALÍVIO DA DOR MEDIANTE ANALGESIA PRESCRITA							

COPIA
579201

FRANCISCA DRENALINA DE SOUSA ARAUJO
COREN: 579201

PRESCRIÇÃO.: 2319060 DATA: 21/11/2019 09:00
USUÁRIO.: PONCIANO LIMA
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 4D)
CONVÊNIO.: SUS - SIH
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPORAL:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR:

LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

EM PO DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI. REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDESMOSE EM 18.11.19 POR DR RAONI

EM USO DE CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL. REG. EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLÓGICAS. ACEITANDO DIETA ORIENTADO. PERMANECE COM DOR EM MMII DIREITO. EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO. FO COM POUCO SANGRAMENTO À EXPRESSÃO E COM SINAIS DE MELHORAS NA CICATRIZAÇÃO.

#EXAMES:

CD:
- CUIDADOS DA FO E MANTER TALA BOTA
- MANTENHO ANTIBIÓTICOS

Dra. Mariana Braga
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19.054

5655111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apil	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL	1					[21/11] - 09

Obs.: APOS AS 17H

ANTIMICROBIANOS

	Qtd	Unidade	SN	Apil	Frequência	Data Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA-TO	1	AMPOLA		EV	24X24 HOR	

Justificativa: prescrita

Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

83 - RADIOLOGIA

Nome Paciente: <u>Junio Barbone de Siqueira</u>						Reg.			
Idade	Peso	Altura	☐ Masc ☐ Fem.	Cor	Clínica	☐ INPS ☐ CONV. ☐ PART.	☐ HOSP. ☐ AMB. ☐ EXT.	ENF.	LEITO
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:									
DADOS CLÍNICOS									
Data do Pedido:									
Assinatura do Médico (Carimbo c/ CRM)									
TIPO DE EXAME - Jejum ☐ SIM ☐ NÃO ANESTESIA ☐ SIM ☐ NÃO									
Tornozelo D (AP e Perfil)						TIPO DE FILME QUANT. QUEIMADO		N. INC.	
						☐ 13 X 24 ☐ 24 X 30 ☐ 30 X 40 ☐ 35 X 35 ☐ 35 X 43			
RADIO DIAGNÓSTICO: (AUXÍLIO USE O INVERSO SE NECESSÁRIO)									
DATA:									
Assinatura do Médico RADIOLOGISTA - CRM									

Nome do Paciente:		Reg.
Tipo de Exame		☐ 18 X 24 ☐ 24 X 30 ☐ 30 X 40 ☐ 35 X 35 ☐ 35 X 43
Tipo de Contraste ou medicamento		
Data do Exame		N. INC.

DESTACAR E COLAR NA FOLHA DE CONTROLES DE EXAMES SUPLEMENTARES DA PAPELETA

Gráfica CLÉIDE - (88) 3611.3723

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Junio Barbosa De Sousa

Tratamento para: S823 - Fratura Da Extremidade Distal Da Tibia

☒ Cirurgia : DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Data:

☒ Antibioticoterapia:

Recomendações:

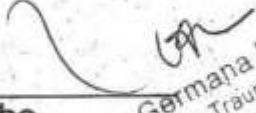
- (☒) Não Pisar
- (☒) Não Sustentar Peso
- (☒) Manter membro elevado (a 45°)
- (☐) Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- (☒) Retirar pontos após 15 dias
- (☐) Fisioterapia precoce
- (☒) Atentar à data de retorno (dias)
- (☒) Fazer uso medicação prescrita (cefalima + melocem)
- (☒) Trocar curativo diariamente
- (☒) Caso apareça secreção (pus) na cirurgia, comparecer imediatamente à emergência da traumatologia

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). RAONI CARLOS MADEIRO , para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso

Data: 21/11/2019

Assinatura e Carimbo


Dra. Germana Braga
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 19.094

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome Completo: _____		
CRM: _____	UF: _____	Nº: _____
Endereço Completo: <u>Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro</u>		

Telefone: <u>(88) 3112 - 0400</u>	Cidade: <u>Sobral</u>	UF: <u>Ceará</u>

Paciente: Junio Barbosa De Sousa

Endereço: Betania, Nº 0 - Zona Rural

Prescrição:

Cefalexina 500mg – 60 cp. ; Tomar 1 cp. de 6/6 hs por 15 dias
Melocox 15mg – Tomar 1 cp. 24/24 hs por 5 dias

Data: 21/11/0019

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident.: _____	
Org. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
DATA: _____	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____	

PARECER MÉDICO DE ASSISTENTE TÉCNICO

Informações da vítima

Nome Completo: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
CPF e/ou RG: 638.366-623-86

Informações do Acidente

Data do acidente: 18/11/2019

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DE MÚLTIPLO DIR. COM LESÕES GSCORRIATIVAS
EM D.E. DIR.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TORNOZELO DIR. E FISIOTERAPIA.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: -EDEMA DE TORNOZELO
DIR. COM DOZ A MOBILIZAÇÃO; LIMITAÇÃO DA A.D.M.
DO TORNOZELO DIR. E PARRESTESIA LOCAL; COM CLAUDICA-
ÇÃO DA MARCHA E LIMITAÇÃO PARA AGRACIAMENTO.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: TORNOZELO DIR.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (x) 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

13.03.2020. PORTO-ALVO

Local e data da realização da avaliação médica

Junio Barbosa de Sousa

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

8400-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO GERAL E POLÍCIA CIVIL



NÃO REPLICAR

6D657750

Júnio Barbosa de Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECURSO
SERIAL

65.426.686-4 1 via

DATA DE
EXPIRAÇÃO

01/02/2019

NOME
JÚNIO BARBOSA DE SOUSA

FILIAÇÃO
GERALDO GONÇALVES DE SOUSA
MARTA BARBOSA DE QUEIROZ

NACIONALIDADE
LUZIANIA - GO

DATA DE NASCIMENTO
18/05/2000

DOC. DE ORIGEM
LUZIÂNIA-GO LUZIÂNIA CN:LV.A101/FLSP74/Nº76991

CPF
618366623/86

Assinatura do Delegado de Polícia Delegado de Polícia Delegatário 1850.3023P

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

(88) 99497-9386

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF: 618.366.623-86

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JUNIO BARBOSA DE SOUSA : 618.366.623-86

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: 02/03/2020
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
CPF: 618.366.623-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ALANA DA SILVA DE MATOS

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200/094694 Data da solicitação: 16/03/2020
DD/MM/AA
Nome do beneficiário: JÚNIO BARBOSA DE SOUSA CPF do beneficiário: 618.366.623-86
Nome do solicitante: JÚNIO BARBOSA DE SOUSA CPF do solicitante: 618.366.623-86

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) (88) 99455-6655 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☐ Outros: _____

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho através de essa declaração requerer aos senhores analista a revisão do meu processo, a referida solicitação se faz pelo o fato de não concordar com o pagamento feito por vocês da seguradora líder sendo que eu tenho direito a uma perícia médica, fui vítima de acidente de trânsito na data de 18/11/19 fiquei com lesões graves por conta desse acidente, o qual sofri FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA, COM TRATAMENTO CIRÚRGICO, DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, INCHAÇO, ESTOU SEM TRABALHAR POIS NÃO TENHO NENHUMA POSSIBILIDADE DE TRABALHAR, e vocês analista vim pagar meu processo o valor de 1.687,50, é inaceitável um analista pagar um processo sem se quer um médico perito da seguradora líder me examine para constatar as lesões que eu sofri e que venho sofrendo até hoje.

Diante das informações venho solicitar aos senhores analistas revisão do meu processo e se necessário realização de um perícia médica que tenho total direito de fazer, o qual vocês não podem fazer o pagamento de um processo sem a vítima passa por uma perícia médica com um médico auditor da seguradora líder que o mesmo possa constatar real situação que eu me encontro, pois é inaceitável eu com sequelas sequelas permanentes o qual não posso mais ter uma vida normal e vocês analista tira meu direito de uma perícia médica.

Obs.: Junto a essa carta vai novo laudo das sequelas sofridas.

Crateús-CE 16/03/2020

Local e Data

Júnio Barbosa de Sousa

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

Número do Sinistro: 3200094694

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF: 618.366.623-86

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 16/03/2020
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
CPF: 618.366.623-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ PAG 1. VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

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

**Documentos
complementares:**

Observações: 130320. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO DIREITO, COMPLEMENTO PARA GRAU INTENSO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 1

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ PAG 1. VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

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

**Documentos
complementares:**

Observações: 130320. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO DIREITO, COMPLEMENTO PARA GRAU INTENSO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 1

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF: 618.366.623-86

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JUNIO BARBOSA DE SOUSA : 618.366.623-86

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: 02/03/2020
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
CPF: 618.366.623-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ALANA DA SILVA DE MATOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

Número do Sinistro: 3200094694

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF: 618.366.623-86

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 16/03/2020
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
CPF: 618.366.623-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ANDERSON DE SOUZA LEITE