

Screenshot of a web browser showing a digital document management interface. The main window displays a legal document titled "10680856 - CONTESTAÇÃO (2732074 CONTESTACAO 01)" dated 08 Jul 2020. The document is filed under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and includes several attachments. On the right side of the document view, there is a logo for "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and a section titled "SÚMULA 474 STJ:" with the text: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez." Below the document, a toolbar shows various file operations like "Exibir todos". The browser's address bar shows the URL "tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Contestacao/Conteudo/0813699-20.2020.8...". The taskbar at the bottom shows icons for Windows, Internet Explorer, File Explorer, Google Chrome, and Mozilla Firefox.



Número: **0813699-20.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>HELTON PEREIRA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10680 858	08/07/2020 12:03	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar à declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Mellon Pereira da Silveira | CPF da Vítima: 008.847.123-38 | Data do Acidente: 06.12.2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Mellon Pereira da Silveira | CPF do Representante Legal: 008.847.123-38  
Email: \_\_\_\_\_ | Telefone (DDD): (186) 994729591

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

Assinale uma das opções abaixo:

- Não** há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 60 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de Invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Florianópolis, 07 de 03 de 18

Local e Data

DALL.G01 V002/2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



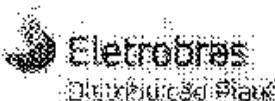


Estatos do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço 11 Belo 13 Ponto de referência	06/12/17 18:39 17:59 18:00 Cidade IBGE			
Jacobs do Paciente	14 Nome 16 Idade	Helton Jelisa da Silva 2-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado			
15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 3-Ignorado				
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física - espancamento 03 - Agressão médica - FAP 04 - Agressão médica - FAP 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Autidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Motocicleta 8 - Objeto fixo 9 - Animal 10 - Ónibus/Micro-ônibus 11 - Outra 12 - Automóvel 13 - Objeto fixo 14 - Bicicleta 15 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow = <input type="checkbox"/> ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso: <input type="checkbox"/> Respiração: <input type="checkbox"/> PA: <input type="checkbox"/> TAX: <input type="checkbox"/> SatO2: <input type="checkbox"/>	25 Local de lesão 
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 P脉so Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor: <input type="checkbox"/> 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Forte 5 - Muito forte 6 - Muito Muito forte 7 - Muito Muito Muito forte 8 - Muito Muito Muito Muito forte 9 - Muito Muito Muito Muito Muito forte 10 - Infarto
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados Aspiração <input type="checkbox"/> Francha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Alterado	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b) <input type="checkbox"/> c) GENTE SECURE Norte - Nordeste - Centro - Norte CESE - Sudeste - Sul
Observações Interdisciplinar	<p><i>Helton Jelisa da Silva caiu de moto e bateu na parede da porta de casa.</i></p> <p><i>Na porta da casa, ele bateu na parede da porta de casa.</i></p>				
	Socorristas Médico AEPE		Enfermeiro Condutor		
	El pela recepção				



26/01/2018

Via de Pagamento para o mês/fundo: 01/2018 referente a UC: 432083



### ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 323632

RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS

CJ RAIMUNDO PORTELA, S/N, Q 70 LT 01 C A

PROMORAR

64027180 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO 432083	MÊS 01/2018	PERÍODO DE CONSUMO 11/12/2017 a 09/01/2018
CONSUMO (kWh) 232	VENCIMENTO 10/02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 207,29

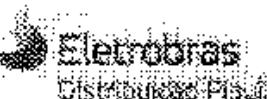
### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente à emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue EDFI: 0800 086 0200

Autenticação Fazitiva

Recorte aqui:



### ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

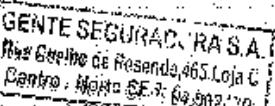
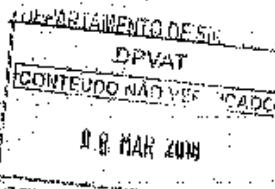
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 432083*	MÊS 01/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 207,29
-------------------------	----------------	-----------------------------

B369000000024.072800170001.000000000430.208301180054



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:03:37

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812033761100000010132215>

Número do documento: 20070812033761100000010132215

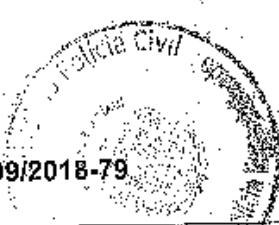
Num. 10680858 - Pág. 4



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

654 v. 1.0

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.000209/2018-79



Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLICIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 16/01/2018 - 10:41

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora  
06/12/2017 - 17:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

BELA VISTA

TERESINA

Endereço

ESTACIONAMENTO DO ATACADÃO BELA VISTA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

### DADOS DOS PERSONAGENS INVOLVIDOS

Nome: HELTON PEREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 2101631SSPPI

DEPARTAMENTO DE SISBO

Mãe: SEBASTIANA PEREIRA DOS SANTOS SILVA

DPVAT

Endereço: Q.70, LOT.01, C.A. Nº

CONTEUDO NAO VERIFICADO

Bairro: PROMORAR

08 MAR 2018

Cidade: TERESINA

CENTRO DE ATENDIMENTO

Telefone(s): 98-8402-7368

Lote Centro da Rodovia 106 Lote C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

### NATUREZA DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/CG 150-TITAN, ANO 2015/2015, PLACA PIM-5862, DE PROPRIEDADE DO SR. JANAELSON FERREIRA DE BRITO, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO-II CARRO, NÃO IDENTIFICADO, QUE EVADIU-SE DO LÓCAL. O NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUJ. PRONTUÁRIO DE Nº315042. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576  
AGENTE DE POLÍCIA

HELTON PEREIRA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CÍRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de Indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o campo 1 ("Assinatura do Beneficiário") e o campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

008.847.123-38 Hilton Pereira dasilva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF/Beneficiário da conta	Profissão
Hilton Pereira dasilva	008.847.123-38	
Endereço	Número	Complemento
Gl. Rainhas Portela 20-70 LT-01 CS-A Piomar	100	P-
Cidade	Estado	CEP
Teresina	PI	65910-000
E-mail	Telefone (DDU)	
	(86) 99472-8591	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RISCO/INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (1237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA-ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	AGÊNCIA Nº	CONTA Nº
5987	013	504044	01
Informar dígito se existir	Informar dígito se existir	Informar dígito se existir	Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

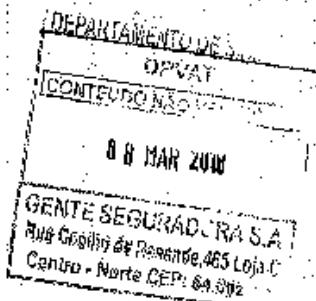
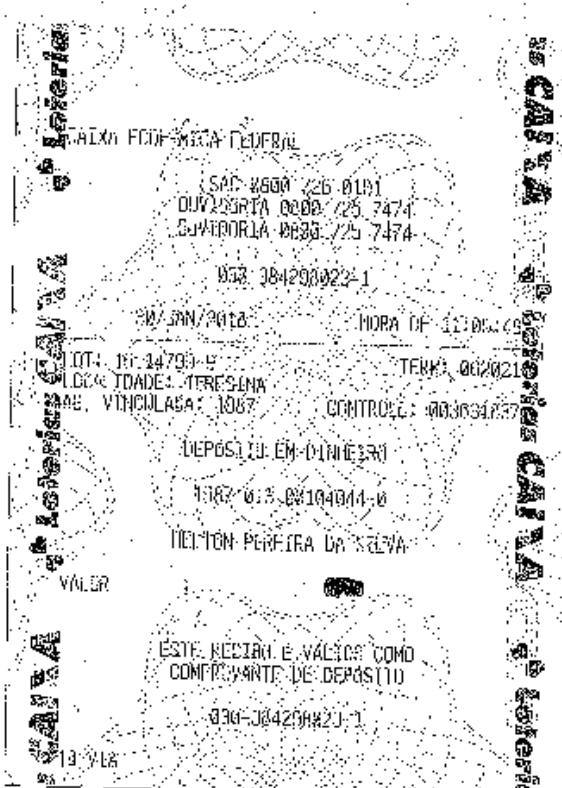
2021-07-03 de 18  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPI-001-V001/2017





Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Carta nº: 12625492

A/C: HELTON PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180111516  
Vitima: HELTON PEREIRA DA SILVA  
Data do Acidente: 06/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **00000104044-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	<b>1.687,50</b>

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar:  $12,50\% \times 13.500,00 =$  R\$ **1.687,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: HELTON PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3180111516  
Vítima: HELTON PEREIRA DA SILVA  
Data do Acidente: 06/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180111516 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

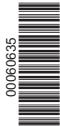
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01269/01270 - carta\_02 - INVALIDEZ



00060635

Carta nº 12526726



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:03:37  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812033761100000010132215>  
Número do documento: 20070812033761100000010132215

Num. 10680858 - Pág. 9



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180111516**  
Vitima: **HELTON PEREIRA DA SILVA**  
Data do Acidente: **06/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180111516**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12497426

Pag. 01125/01126 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:03:37  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812033761100000010132215>  
Número do documento: 20070812033761100000010132215

Num. 10680858 - Pág. 10

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: HELTON PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000104044-0

---

Nr. da Autenticação 3A68028C006FC954



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:03:37  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812033761100000010132215>  
Número do documento: 20070812033761100000010132215

Num. 10680858 - Pág. 11

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180111516      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELTON PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 06/12/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 16/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR N DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

### DANOS

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

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180111516      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELTON PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 06/12/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisaria baixa do femur direito

**Descrição do exame** Presença de lesão cicatricial em face lateral da coxa direita, hipotrofia muscular em coxa direita; edema leve em **médico pericial:** tornozelo direito; extensão do joelho direito completa, restrição de flexão do joelho direito em 90°.

**Resultados terapêuticos:** Paciente relata ter sofrido acidente de trânsito em 06/12/17, foi submetido em 11/12/17 a osteossíntese de fratura supracondilar do femur direito com placa DCS 95° e parafusos, recebeu alta hospitalar em 12/12/17; evoluindo com restrição de flexão do joelho direito em 90°; hipotrofia muscular discreta em coxa direita.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do joelho devido a limitação da flexão articular (90 graus) - Sequela pós cirúrgica, sem descrição de outros tratamentos.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Raphael Neves Bona

**CRM do médico:** 2485

**UF do CRM do médico:** PI

### DANOS

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

### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: HELTON PEREIRA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 2101631 SSP-PI

CPF: 008.847.123-33

Profissão: CONTADOR

Endereço: CJ. RAIMUNDO PORTELA RD-70 LT-01 CS-A - PROMORAR

CEP:

Telefone: 86 9472-9591 / 8807-7870

### OUTORGADO:

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

RG: 2.212.129

CPF: 839.502.303-00

Profissão: CORRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUÍ

CEP: 64.000-090

Telefone: ( 86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas , a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar , enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradora consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim , todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima HELTON PEREIRA DA SILVA

TERESINA / 16 JANEIRO 2018

Helton Pereira da Silva

Local e Data



Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)





Pode cancelar com a  
Eletrobras, informe  
seu CÓDIGO

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENÉRGICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão, 750 - Centro/Sítio Teixeira - PI  
CNPJ: 06.240.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 29.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta da Eletrobras Elétrica - Série B-1  
Prazo especial de Imposto de Renda: setor de SERVIÇOS DE ÁGUA

Nº da Nota Fiscal: 000537202

A Tarifa Socio-Econômica Simples - TSES foi criada  
pelo Decreto 10.438 de 26 de outubro de 2002.

CONTA HTS	VOLUME MÉTICO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)

KEYLLY NOURA DE OLIVEIRA  
R. RUI BARBOSA 3814 3814 B-URBANO  
CEP: 04483-050 02303000

DADOS DA CONTA		DATAS DE LEITURA	
Até:		Até:	
Anterior:	15321	Anterior:	13/10/2017
Constante de Multioração:	15147	Próxima Leitura:	14/09/2017
Consumo Medido:	1.000	Entidade:	13/11/2017
Consumo Natural:	174	Apresentação:	18/10/2017

DETALHAMENTO DE CONSUMO DEDA		DETALHAMENTO DE CONSUMO DEDA	
Chave/Hubrisco	TIPO DE CONSUMO	Aluguel	Número Medidor
			Período
			Código PIS
			Média 02 meses
DETALHAMENTO DEDA		DETALHAMENTO DEDA	
Mesmo consumo			
SET/17	153	CONSUMO	174 A R\$ 0,707682 = 123,13
AGO/17	152	CONTR. ILUMINACAO PUB (COSIP)	11,03
JUL/17	150	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,91
JUN/17	182	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,72
MAI/17	150		
ABR/17	122		
MAR/17	126		
FEV/17	156		
JAN/17	187		
DEZ/16	212		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
			R\$ 174 - R\$ 0,533565



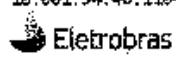
RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	26,24	Base de Cálculo:	123,13
Energia:	49,91	Alíquota ICMS:	123,13
Transmissão:	7,85	Valor do ICMS:	20,00%
Encargos:	7,95	Valor do PIS:	24,62
Tributos:		Valor do COFINS:	1,16



4,95 9,81 19,82 3,17 6,35 12,70 2,77

TERESINA 08/2017 37,07

ROT: 10.001.34.46.110410



COMPANHIA ENÉRGICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão, 750 - Centro/Sítio Teixeira - PI  
CNPJ: 06.240.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 29.301.383-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
TAXA FATURADA	
VENCIMENTO	

Nº da Nota Fiscal: 000537202 FCAM

83660000001 9 34160017000 3 00000001305 2 22331017008 7



000537202 08/2017 12:03:37 08/2017 12:03:37



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Kaylly Almeida de Oliveira inscrito (a) no CPF 239.509.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellon Pereira da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.847.123-38 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Wellon Pereira da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.847.123-38, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

08 MAR 2011

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, Residuo MZ Centro, nº 38, Rua Quelidônio de Resende, 465 Loja C, Centro - Norte GEI - 04092-770, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua. Rei Bernardo</u>	Número	<u>3814</u>	Complemento
Bairro	<u>Fl. - Alamedas</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)		CEP

(66) 9847-29691

Thi, Pi, 07 de 03 de 13

Local e Data

Kaylly Almeida de Oliveira

Assinatura do Declarante

01/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:03:37  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812033761100000010132215>  
Número do documento: 20070812033761100000010132215

Num. 10680858 - Pág. 16

## Declaração do proprietário do veículo

Eu, JANAELSON FERREIRA DE BRITO

RG nº 3450614, data de expedição 24/02/14.

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº.

062.700.243-90, com domicílio na cidade,

De TERESINA no Estado de PIAUÍ

Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada)

QD-30 LOTE 10 CG-B

nº \_\_\_\_\_ complemento Promocional

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de

Minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Era Mellon Pereira da Silva

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX

Ano: 2015

Placa: PIM-5862

Chassi: 9C2KC1660FRO40471

Data do acidente: 06.12.2017

Local e Data: TERESINA 19 JANERO 2018

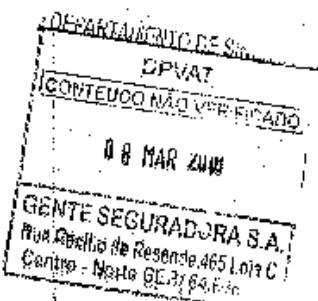
Janabon Fimose de Britto

3º OFÍCIO

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro)

Cartório Telefônico Sampaio  
3º Ofício de Notas  
Juditice de Caso Cuidoso  
Correio Eletrônico  
CEP: 64000-000  
Fone: (86) 3222-1111



NOME DO PACIENTE: Heitor Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 315042

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPÉDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



## HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 35.522.917/0023-02

ORTO

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE *PTO GRS*  
DADOS DO PACIENTE:

Imp: 06/12/2017 18:32:51

(Pac: VITIMICO PREDOMINANTEMENTE)

(Estado: INCONSCIENTE)

<b>Nome:</b> HELTON PEREIRA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 315042
<b>Mae:</b> SEBASTIANA PEREIRA DOS SANTOS SILVA		<b>Pai:</b>
<b>End.Resid.:</b> QD117 CS A LOT16 - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 31/10/1983	<b>Idade:</b> 34a:2m:5d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-98864-2014
<b>Responsável:</b> RAMONDO		<b>CNS:</b> 898004169366828
<b>Profissão:</b> CONCELOR		<b>CPF:</b> * RG: *
<b>G. Instrução:</b> Superior Completo		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)
<b>End.Local.:</b>		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 640317	<b>Data:</b> 06/12/2017 18:30:53	<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S 19
<b>Acid.Trab.:</b> Não	<b>Trajetória:</b> Não	<b>Típico:</b> Não
		<b>CID Secundário:</b> 0290

## DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclistico colisão moto-cane, há cerca de 1h, trazido pelo SAMU imobilizado com mancha rígida e collar cervical Negro TCE, abduçamento, náuseas e vômitos. A: Péritis verbalizando B: MV paciente bilateralmente C: Abdome indolor, pulsos presentes extrato hemodinamicamente D: Glasgow 15, pupilas isocôncavas e fotossensíveis E: Do em coxa D, imobilizada, encravada em braço e

<b>PA:</b> _____ mmHg	<b>P脉:</b> _____	<b>FC:</b> _____ bpm	<b>Temp.:</b> _____
<b>Leitura inicial:</b> _____			
<b>Clínica:</b> _____			

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito: RX coxa D / Perito / Rxax /oleo.

## RAIO-X REALIZADO

DATA 06/12/2017

Técnico: *Adelte*

<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa
<input checked="" type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina
<input checked="" type="checkbox"/> Finalizado	<input type="checkbox"/> Por Evasão
<input checked="" type="checkbox"/> JA Pedido	

<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
<input type="checkbox"/> Transferência:
<b>DEPARTAMENTO:</b> _____
<b>DPVAT:</b> _____

DATA SAÍDA: \_\_\_\_\_

 Internação na Unidade

18 MAR 2016

Proced. Solicitado:

09 08050519

CID Compatível:

233

Internação:

GENTE SEGURADORA S.A.  
Av. Presidente de Rosende 405 Lote C  
Praia do Forte - BA - 44300-000

*Raimundo Pereira Gto*  
Assinatura Paciente ou Responsável

Para o atendimento devidamente feito  
Ortopedista/Ortopedista da Área  
CRM-PI 0397

Carimbo Assinatura - Protótipo: B6



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Hilber Pereira da Silveira		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura diáfiseia de fêmur (I - fêmur distal)		
Operação - Tipo	Redução ligadura + fixação interna placa/pins		
Clírgão	Dr. Fernando C. de Oliveira	Assistente	Dr. Bruno Góes
2º Assistente	Dr. Fernando C. de Oliveira	3º Assistente	Dr. Bruno Góes
Instrumentador(a)	Dr. Fernando C. de Oliveira	Anestesia	
Anestésico(a)	Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3462 / RG: 19231		
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista	<p>DEPARTAMENTO DE OPVAT CONTROLE NAO VERIFICADO 08 MAR 2010</p> <p>GENTE SEGURADURA S.A. Máis Coopita de Resende, 405 Loja C Centro - Niterói - RJ - 24210-000</p>		
Acidente Durante a Operação			
<p><b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>1) Paciente em DDT sob rayos X 2) Preparo Habitual 3) Via lateral direta em Corte (I) com extensão até joelho. 4) Redução ligadura + fixação interna com placa DCS longa + poros furos em diáfise de fêmur fêmur distal sob radioscopia 5) Revisão de Hemostase 6) Fechamento por planos 7) Curativos</p>			

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO		DATA _____	
NOME DO PACIENTE: <i>Helton Ferreira da Silva</i>		PRONTO-SERVIÇO: <i>00000000000000000000</i>	
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIAO:		CPF Nº: <i>00000000000000000000</i>	
AUXILIAR:		CPF Nº: <i>00000000000000000000</i>	
ANESTESIA:		CPF Nº: <i>00000000000000000000</i>	
INSTRUMENTADORA: <i>Célia monteiro</i>		CPF Nº: <i>00000000000000000000</i>	
GENTE SEGURO DURA S.A. Rua das Flores, 465 - Centro - Pernambuco Centro - Pernambuco - CEP: 50010-700			

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<i>05</i>		LÂMINA DE BISTURI <i>nº 24</i>	UNID.	<i>01</i>	
AGULHA 30X8	UNID.	<i>05</i>		LUVA Nº <i>08,5</i>	PAR	<i>06</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>05</i>		LUVA Nº <i>06507</i>	PAR	<i>05</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<i>01</i>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>10</i>	
ALCOOL 70%	ML	<i>50</i>		PVP DE GERMANTE	ML	<i>200</i>	
ALGODÃO	BOLA	<i>02</i>		PVP TÓPICO	ML	<i>200</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<i>100</i>		PVP TINTURA	ML	<i>—</i>	
COMPRESSA	PAC.	<i>08</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>02</i>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<i>01</i>		SERINGA 10CC	UNID.	<i>02</i>	
ESPARADRAPO	CM	<i>50</i>		SERINGA 5CC	UNID.	<i>01</i>	
ESCALPE Nº	UNID.	<i>—</i>		SERINGA 3CC	UNID.	<i>—</i>	
FORMOL	ML	<i>—</i>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<i>08</i>	
GASES	PAC.	<i>08</i>		SONDA URETRAL	UNID.	<i>01</i>	
JELCO Nº	UNID.	<i>01</i>		<i>Crepon 200</i>	UNID.	<i>04</i>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <i>20</i>	<i>Un</i>	<i>Q3</i>					
FITA UMBILICAL				ENFERMÁRIA:			
VICRYL <i>0</i>	<i>Un</i>	<i>02</i>		CIRCULANTE	<i>01</i>	<i>00000000000000000000</i>	
PROLENE							

MOD - 094





**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

**Unidade Municipal de Saúde**

NOME DO PACIENTE <b>Don Ton Ferreira da Silva</b>	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	PRONTO-UNIFORME		D. NASCIMENTO	CLÍNICA	P.R. ou APT.	LEITO
		ABRIGAS	ABRIGAS				
MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE							
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES			
DATA:	HORA:						
<p><b>1 - Dieta geral</b></p> <p><b>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h</b></p> <p><b>3 - Diprofona 01 amp + ADEV 6/6h</b></p> <p><b>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</b></p> <p><b>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</b></p> <p><b>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h</b></p> <p><b>7 - CCGG + SSVV</b></p> <p><b>8 - Clorazan 40g - Sc 1x01/24h</b></p> <p><b>9 - Granulose 0m 2x01/24h</b></p> <p><b>LITERATURA DE HOSPITAL</b> DEVAT CONTENÇÃO SAIBR</p> <p><b>03 MAR 2008</b></p> <p><b>GENTE SEGURADOURA S.A.</b> Av. Getúlio Vargas, 145 Loja C Centro - Niterói - RJ - 24200-000</p>							

MEDICOM



## FOLHA DE ANESTESIA



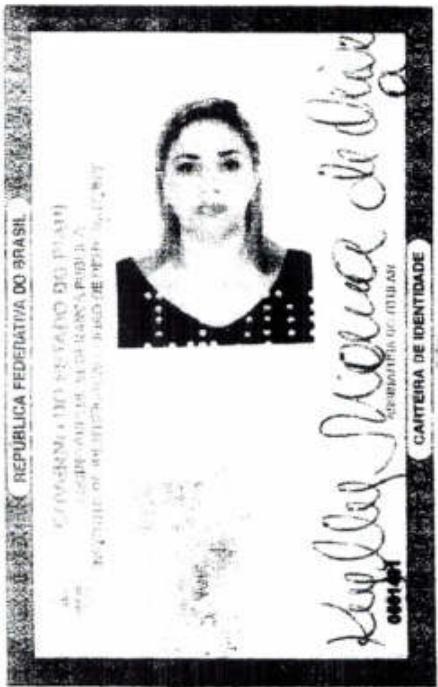
UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Victor Reis da Silva</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: 11.12.14	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. UREIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	<i>Aaaa</i>					
SISTEMA CIRCULATORIO	<i>Jugular em</i>					ELETROCARDIOGRAMA
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<i>o clarear</i>					ASMA      BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO						SISTEMA URINARIO
ESTADO MENTAL						CORTICOIDES    ATARAXICOS    OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO						RÍSICOS
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFETOS	
	400	200	0200			TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3					
LÍQUIDOS	SO-DUGO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20					
P.R. ARTERIAL V						
PULSO O						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						1 Monitorizar 2 pipô e colar 4 1/3 - Lsg 4 ap 5 256, na clínica 8 sog se m 70 9 180 mar 10 lsg 90 12 13 Controle de pressão 14 15 Envi sog 16 desligar monitor
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS	X O					
TÉCNICAS	<i>Vagin</i>					INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	<i>Fratura de friso D</i>					
CIRURGIÕES	<i>Pronto</i>					
ANESTESISTAS	<i>der</i>					
	<i>Lena Parente Galdá</i> <i>ANESTESISTA</i> <i>CBN-3641</i>					
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
MOD 76 - HUT						<i>bora</i>



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:03:37  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812033761100000010132215>  
Número do documento: 20070812033761100000010132215

Num. 10680858 - Pág. 24



DEPARTAMENTO DE SÍNTESES	
DPVAT	CADASTRO
CONTEÚDO NACIONAL	
08 MAR 2008	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.000-270	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
PERGUNTAS	DATA DE EXPIRAÇÃO
TELÉFONE	21/10/14
PAISAN	
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA	
PELÔMICO	
EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA NITERÓI-RJ	
BARÃO DE GRAJAU-MA	18/12/1979
DOC. OFICIAL	
CERT. NASC. 39751 L 53A F 097	
EXP. TERESINA-PI 27/08/99	
TERESINA-PI	
839.502.303-00	
ASSINATURA DO INTEGRANTE	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/89 - DECRETO Nº 89.250/89	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:03:37  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812033761100000010132215>  
Número do documento: 20070812033761100000010132215

Num. 10680858 - Pág. 25

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

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

Número do Sinistro: **3180111516**

Nome do(a) Examinado(a): **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Conjunto Raimundo Portela, s/n, q 70 lt 01 casa A - Promorar - Teresina - PI - CEP 64027-160**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2.101.631**

Data e local do acidente: [ **06/12/2017** ] **TERESINA-PIAUI**

Data e local do exame: [ **27/03/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*fratura diafisaria baixa do femur direito(cid 10:s 72.4);*

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

*paciente relata ter sofrido acidente de trânsito em 06/12/17, foi submetido em 11/12/17 a osteossíntese de fratura supracondiliana do femur direito com placa dcs 95º e parafusos, recebeu alta hospitalar em 12/12/17; evoluindo com restrição de flexão do joelho direito em 90º; hipotrofia muscular discreta em coxa direita;*

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

*presença de lesão cicatricial em face lateral da coxa direita, hipotrofia muscular em coxa direita; edema leve em tornozelo direito; extensão do joelho direito completa, restrição de flexão do joelho direito em 90º;*

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

[  ] Sim [  ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

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

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

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

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



( X ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em 180 dias

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Raphael Neves Bona - CRM: 2485 - PI

