



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

Processo: 08016948520188180026

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

LAUDO INCONCLUSIVO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente, requerendo em juízo a complementação da indenização do Seguro DPVAT, impugnado o resultado da perícia realizada no momento da regulação administrativa.

Importante frisar que todas as perícias realizadas na esfera administrativa são subscritas por dois médicos especialistas, sendo um profissional responsável pela realização da perícia médica e outro profissional responsável por realizar a revisão da perícia.

Desta forma, após a parte autora ser submetida à perícia, conclui-se pelo pagamento da indenização no importe de R\$ 843,75, em total consonância com a Legislação vigente.

Vale ressaltar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório, sendo certo que o mero descontentamento da parte com o resultado da perícia realizada no âmbito administrativo não autoriza a realização de novo exame pericial em sede judicial.

Na instrução processual, o Nobre Magistrado determinou a realização de perícia médica, a fim de apurar eventuais lesões suportadas pela parte Autora, suas respectivas extensões e o nexo de causalidade entre as supostas lesões e o acidente automobilístico narrado na exordial.

Após análise do laudo pericial de fls., realizado pelo i. *expert*, verifica-se que o **referido exame clínico é incapaz de provar o direito à indenização requerida pela parte autora, visto que não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando.**

Repita-se que o laudo pericial apresentado não deixa claro quanto à ocorrência ou não de invalidez permanente e de incapacidade laborativa decorrentes do acidente de trânsito, deixando o autor de provar que tem direito ao recebimento da complementação da indenização pleiteada.

Na hipótese, o perito **não elucida, outrossim, o percentual da redução** estabelecido na tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece que nos casos de invalidez parcial incompleta, será realizado o enquadramento da perda anatômica ou funcional, quiçá o porquê do autor ainda encontra-se em tratamento ou a lesão é reversiva, incapaz de deixar sequelas.

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva gradação devem ser enquadradas acertadamente, sob pena de haver enriquecimento ilícito por uma das partes que receberá além do valor previsto em lei, ou mesmo ser uma delas prejudicada com o pagamento por uma lesão menor que a de fato apresentada.

Assim, **por se tratar de ônus que cabe a parte autora**, qual seja, de comprovar que restou permanentemente inválida em decorrência do acidente noticiado em grau superior ao que foi constatado na esfera administrativamente, quando o autor não junta aos autos documentos capazes de comprovar que houve o agravamento da lesão decorrida do acidente automobilístico, assim como é imprestável a prova pericial realizada nos autos, outra alternativa não resta a este atendo juízo, senão julgar totalmente improcedente o pedido autoral.

A jurisprudência deste Tribunal é pacífica ao inadmitir indenização quando o autor deixa de provar o ônus que lhe compete, consoante é possível aferir do julgado a seguir listado:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ÔNUS DA PROVA. Deve ser julgado improcedente o pedido de cobrança de indenização advinda do seguro obrigatório quando o autor não colaciona aos autos prova hábil do grau da incapacidade advinda da lesão permanente. Incidência da regra descrita no art. 333, I, do CPC.

(TJ-MG - AC: 10116120033158001 MG, Relator: Cláudia Maia, Data de Julgamento: 12/06/2015, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/06/2015).”

Não é outro o entendimento do Tribunal de Goiás, *in verbis*:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ÔNUS DA PROVA. FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO DO AUTOR NÃO DEMOSTRADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO EXORDIAL. PERÍCIA DESIGNADA. NÃO COMPARECIMENTO DO AUTOR. 1- À medida do grau de interesse das partes em comprovar seus fundamentos fáticos, o Código de Processo Civil dividiu o ônus probatório: toca ao autor o ônus de provar o fato constitutivo de seu direito; ao réu, os fatos impeditivos, modificativos e extintivos. 2- Não tendo o autor comprovado o fato constitutivo do seu direito, a improcedência do pedido exordial é medida que se impõe. 3- Regularmente designada perícia médica e, não tendo o autor diligenciado no sentido de comparecer, mesmo regularmente intimado, configura-se seu desinteresse processual na produção de prova que lhe competia. 4 APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA, MAS DESPROVIDA. (TJGO, Apelação Cível nº 01362644320158090011, 4ª Câmara Cível, Relatora: Des. Elizabeth Maria da Silva, Julgado em 15/09/2016).”

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de complementação a indenização à parte autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez apresentado na esfera administrativa subscrita por dois médicos especialistas, visto conforme amplamente demonstrado, o laudo de fls., é **INCONCLUSIVO, pois não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando.**

Portanto, não tendo a parte autora se incumbido de provar fato constitutivo de seu direito, ônus este que lhe cabe, deve a presente demanda ser julgada **IMPROCEDENTE**, com fulcro no art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Todavia, caso não seja esse o entendimento do N. juízo, requer a intimação do expert para esclarecer a lesão sofrida pela parte autora e graduar corretamente a lesão, de acordo com a tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPO MAIOR, 28 de novembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO AMBULATORIAL, COM EXAMES DE IMAGEM RAO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

DANOS

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL (ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2018

Conduta mantida:

Observações: FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL (ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2018

Conduta mantida:

Observações: FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Raimundo Pereira Silva

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão:

Identidade: 2.26.656.95P/Dikran-Pi

CPF: 184.721.843-15

Endereço: Rua Manoel Pereira

Bairro: Centro

Cidade: Joazeiro do Piauí

CEP: 64.275.000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: José de Macedo Moraes

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Autoromo

Identidade: 2.724.200

CPF: 048.056.943-60

Endereço: Rua Benjamin Constant, 852

Bairro: Centro

Cidade: Campo Maior

CEP: 64.280.000

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e 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 pedido de indenização do seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandado; da qual figura como vítima, Raimundo Pereira Silva
Ocorrido acidente de trânsito.

Local: Campo Maior

UF: PI

Data: 18

de maio

de 2018.

Cartório Único
Campo Maior - PI

Raimundo Pereira Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)



ORIGINAL

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL(ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2018

Conduta mantida:

Observações: FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Nº Sinistro: 3180312024

Vitima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312024**.

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 13087073



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO PEREIRA SILVA
Nº Sinistro: 3180312024
Vitima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA
Data do Acidente: 15/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180312024**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RAIMUNDO PEREIRA SILVA**

Sinistro: **3180312024**

Vítima: **RAIMUNDO PEREIRA SILVA**

Data do Acidente: **15/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE DE MACEDO MORAES**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180312024** 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** 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



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:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar 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 formulário (no 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 184.721.843-15	Nome completo da vítima Raimundo Pereira da Silva
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Raimundo Pereira da Silva	CPF titular da conta 184.721.843-15	Profissão Autônomo
Endereço Rua Inácio Pereira	Número 339	Complemento
Bairro Centro	Cidade Jatobá do Piauí	Estado Piauí
E-mail	CEP 64.275.000	Telefone (DDD) (86) 981374015

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"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <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"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRASESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0616 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 81570 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome: 09 JUL 2018 NRO.	AGÊNCIA NRO. 0000 (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 0000 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 0000 (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 agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jatobá do Piauí, 28 de junho de 2018

Lugar e Data

Raimundo Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DEVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180312024
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Pereira Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Pereira, 339
Centro Jatoba do Piauí PI CEP: 64275-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 226656
Data local do acidente: [15/04/2018]
Data local do exame: [14/08/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO
Data da Alta: 16/05/2018

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

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL (ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MÊMBO INFERIOR DIREITO

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL (ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MÊMBO INFERIOR DIREITO.

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

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


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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000027/2018-86

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Silva

Data/Hora: 03/07/2018 - 12:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JATOBÁ DO PIAUÍ

Endereço

ASSENTAMENTO BAIXÃO DOS TUCUNS, Nº 0

Complemento

Data/Hora

15/04/2018 - 16:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

RESIDENCIA DO SR. MIGUEL ABEL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

RG: 226656 SSP PI

Mãe: ALZIRA PEREIRA DA SILVA

Pai: FIDELARINDO LOPES DA SILVA

Endereço: AV FRANCISCO PEREIRA, Nº 0

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ - CEP: 64275-000

Telefone(s): 86-8106-6972 86-8117-4760

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: WILLIANS SHELDON SILVA SOUSA

Mãe: LUIZA PEREIRA DA SILVA

Pai: FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO

Endereço: RUA CEL. EULALIO FILHO, Nº 382

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

Telefone(s): 86-3252-2424

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA OLIVEIRA

RG: 2011382 SSP PI

Mãe: MARIA DAS DORES SOUSA

Pai: ANTONIO FIRMINO DE SOUSA

Endereço: RUA RAIMUNDO LULU, Nº 15

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ - CEP: 64275-000

Telefone(s): 86-8137-4015

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA NOTICIAR QUE NO DIA 15 DE ABRIL DE 2018 POR VOLTA DAS 16:00 HORAS APROXIMADAMENTE QUANDO O NOTICIANTE TRAFEGAVA EM UMA ESTRADA VICINAL CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA MODELO: YAMAHA/XTZ 150 CROSSER E ANO/FAB:2017/2017,COR: CINZA,PLACA:PIS-2995,CÓD-RENAVAN:01123803770,CHASSI Nº 9C6DG2520H0011411, ESTANDO LICENCIADA EM NOME DE EDINALDO RODRIGUES LIMA, E QUE PRÓXIMO À RESIDENCIA DO SENHOR MIGUEL ABEL NAS IMEDIAÇÕES DO ASSENTAMENTO BAIXÃO DOS TUCUNS,ZONA RURAL DE JATOBÁ DO PIAUÍ FOI SURPREENDIDO POR A INVASÃO DE UM ANIMAL DE ESPÉCIE CAPRINO QUE INVADIU A ESTRADA VICINAL E QUE O CONDUTOR AO TENTAR DESVIAR DO MESMO PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE DO ACIDENTE O NOTICIANTE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA COMINUTIVA NO ACETÁBULO DIREITO E DERRAME ARTICULAR NO QUADRIL





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000027/2018-86

DIREITO; QUE DO LOCAL DO ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM LOGO APÓS O ACIDENTE E LEVADO PARA A CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI, ONDE O MESMO DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL; FOI ATENDIDO POR A MÉDICA PLANTONISTA DR.ª CAROLINA COELHO MELLO. CRM-PI 6460, FOI AVALIADO E ENCAMINHADO PARA INTERNAÇÃO E QUE NO DIA SEGUINTE FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA-PI PARA MELHORES AVALIAÇÕES MÉDICAS. DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE. NADA MAIS.

Francisco Das Chagas Silva
Francisco Das Chagas Silva - Mat. 0095109
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

RAIMUNDO PEREIRA SILVA
RAIMUNDO PEREIRA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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:

É 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 a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Raimundo Pereira da Silva

CPF da Vítima

184.721.843-15

Data do Acidente

15/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

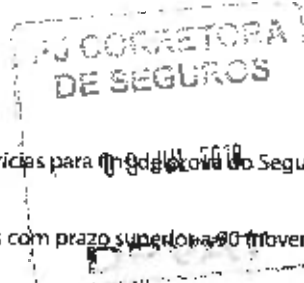
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar 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 Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (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 perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

UNIVERSAL

João do Passi-18 de junho de 2018
Local e Data

Raimundo Pereira da Silva SK

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P017

Data: 15/04/2018

Funcionário: CARLA

Registro: 703/0

Hora: 17:29:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 77

SUS

RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Nasc.: 24/04/1958 Idade: 59 ANOS, 11 MESES, 21 Profissão:
End.: FRANCISCO PEREIRA, 0 CASA Bairro: CENTRO
Cor: PARDA Telefone: (86) 9811-16636 Mãe: ALZIRA PEREIRA SILVA

CPF: - RG: 1.358.746 - SUS: 209241947010004

Civil: CASADO(A) CEP: 64275-000

Cidade: JATOBA DO PIAUI/PI

Pai: FIDELERINO LOPES DA SILVA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: _____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Daniel Alves Leite
ENFERMEIRA
501.876 GOREN

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: CLIENTE RELATANDO QUEDA DE MOTOCICLETA COM ALGIA EM MID

Alergias: DIPIRONA, ANTIBIOTICO

Medicação Usual: LOSARTAN

PA: 0 mmHg 160/90 TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0 09 JUL 2018

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: HAS

Condulta:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: _____

CAMILA RIBEIRO DA SILVA
Paciente ou Responsável

6460 - CAROLINA COELHO MELLO
Médica Responsável

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/São - Teresina - PI
CEP: 64.000-000 | Inscrição Estadual: 19.301.183-5
Inscrição Federal: 06.942.000-1 | Inscrição Municipal: 5.116.611-1
Registrou-se no CNPJ sob o nº 06.942.000/0001-00

Nº da Nota Fiscal: 004856660

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	30/04/2018	103	94,62

RAIMUNDO PEREIRA SILVA
R. FRANCISCO PEREIRA DE OLIVEIRA 339 382B-URBANO
CPF: 00018472184315
CEP: 64.275-000 - JATOBÁ DO PIAUÍ

ROT: 315.011.15.05.206800

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	8564	Atual:	24/04/2018
Anterior:	8461	Anterior:	22/03/2018
Consumo de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	22/05/2018
Consumo Mensal:	103	Enciclação:	20/04/2018
Consumo Estimado:	103	Apresentação:	24/04/2018

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Categoria/Subcategoria	Ligação	Número Medidor	Tipo	Código Fec	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MOMO	A861334		1.1.1.1	93

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
MAR/18 91	CONSUMO 103 A R\$ 0,74/255 = 76,96
FEV/18 94	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 14,26
JAN/18 92	CORRECAO MONETARIA IG 01/18-00 0,61
DEZ/17 88	MULTA POR ATRASO 01/18-00 1,38
NOV/17 98	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00 1,41
OUT/17 102	
SET/17 103	
AGO/17 82	
JUL/17 79	
JUN/17 89	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
A R\$ 103 - 0,74/255	

CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 03/2018 Valor: R\$ 87,99

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/03/2018, em função das contas inadimplidas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar em corte e inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informações sobre existência de contas inadimplidas e de valores devidos no valor de R\$ 87,99, valor atualizado, caso tenha efetuado o pagamento favor descongelar esta aviso.

"ALÍQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N. 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."

LIGUE 0800-066-0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO AFEA.9338.6511.F57B.8C1F.B531.4E31.04CD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Despesa	16,38	Base de Cálculo	76,96
Energia	30,97	Alíquota de ICMS	22,00%
Transmissão	4,87	Valor de ICMS	16,93
Outros	4,93	Valor do ICMS	0,53
Tributos	19,89	Valor do ICMS	2,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,86 7,73 15,45 4,14
0,00 0,00 0,00

CAMPO MAIOR

02/2018

27,41

ROT: 315.011.15.05.206800



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 250 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 66.040-200 - Fone: (085) 324.1363-3
Nº de Faturamento: 005524496
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal: 005524496

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - 1532 é emitida
pelo nº 10.493 do 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (LWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	16/05/2018	88	75,92

JOSE DE MACEDO MORAES RESIDENCIAL HUMBERTO BONA
R. 21 05 QUADRA 214 LOTE 05 B-URBANO

ROT: 306.010.06.49.116000
CEP: 64.200-000 - CAMPO MAIOR

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:		Atual:	306.010.06.49.116000
Anterior:	11754	Anterior:	09/05/2018
Constante de Multiplicação:	11666	Próxima Leitura:	10/04/2018
Consumo Médio:	1.000	Emissão:	11/06/2018
Consumo Faturado:	88	Aprovação:	08/05/2018
	88	FCAM:	09/05/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Serviço	NOME	Endereço	Posto	Código Fiel	Validade
NORMAL				29	12 meses

INDICADOR DE CONTINUIDADE

Indicador	Valor
1.1.1.1	232

CONSUMO 88 A R\$ 0,762755 = 67,12
CONTR. ILUMINAÇÃO PUE (COSIP) 8,80
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,25

Handwritten: 12/06

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE DÉBITOS

Nº/Ano: 04/2018 Valor R\$: 311,72

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24-05-2018, em função das contas não pagas nesta fatura. É necessário pagar a energia para ser a inclusão do nome do consumidor no sistema. Informamos ainda que a conta de vencimento é de 16/05/2018, não tendo sido o valor de R\$ 30,25 (valor histórico) pago antes da data de vencimento favor desconsiderar este aviso.

Declaro que não tenho débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 066 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCAL

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
5735.5496.5794.6A12.7A8B.2771.5903.BCBO <td colspan="2">Base de Cálculo</td>		Base de Cálculo	
Distribuição:	14,01	Alíquota ICMS:	67,12
Energia:	26,61	Valor do ICMS:	22,00%
Encargos:	4,18	Valor do PIS:	14,76
Tributos:	4,24	Valor do COFINS:	0,59
	18,08		2,73

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Indicador	Valor
7.27	14,53
29,06	3,86
7,73	15,45
4,14	0,00

CAMPO MAIOR 03/2018 28,87

ROT: 306.010.06.49.116000

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 250 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 66.040-200 - Fone: (085) 324.1363-3

Nº da Nota Fiscal: 005524496 FCAM

836800000000 9 75920017000 0 00000001305 2 83980518008 1



ALCOFELI
DE SEGUROS

09 JUL 2018

BRAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ferreira de Macedo Noronha inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.056.943 / 60,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Pereira Siqueira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 184.721.843 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima
Raimundo Pereira Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 184.721.843 / 15, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua 21</u>		Número <u>214</u>	Complemento .
Bairro <u>Imbaro</u>	Cidade <u>Campo Maior</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64280-000</u>
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	

Campo Maior 18 de maio

de julho 2018

Local e Data

Ferreira de Macedo Noronha
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edinaldo Rodrigues Lima,
RG nº 2.186.172, data de expedição 04/06/1997,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 577.579.843-00, com
domicílio na cidade de Campo Maior, no Estado de
Piauí, onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada) Rua José Alves da Silva XVI, nº
303, complemento Parque das Estrelas declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:
Raimundo Pereira Silva, cujo o
condutor era: Raimundo Pereira Silva.

Veículo: Motocicleta
Ano: 2017/2017
Modelo: YAMAHA/XTZ 150 CROSSER E
Placa: PI5 - 2995
Chassi: 9C6D62520H001411
Data do Acidente: 15/04/2018

Local e Data: Campo Maior, 03/07/2018



Cartório Único
Campo Maior-PI

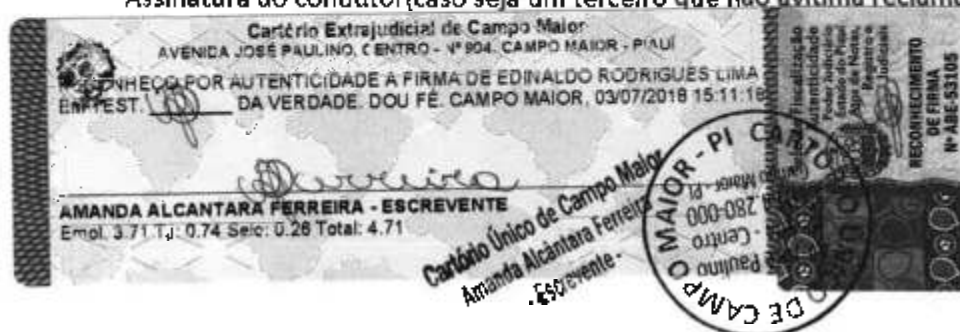


Edinaldo Rodrigues Lima

Assinatura do Declarante

ORIGINAL

Assinatura do condutor(caso seja um terceiro que não avítima reclamante do sinistro)





CONTORNO, SAO LUIZ/CAMPO MAIOR - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Registro: 20370
Hora: 17:29:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Atendimento: PUL7
Data: 15/04/2018
Funcionario: CARLA
Senha 77

CPF: - RG: 1.358.746 - SUS: 209241947010004

Civil: CASADO(A) CEP: 64275-000

Cidade: JATIBA DO PIAUI/PI

Pa: FIDELERINO LOPES DA SILVA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Procedimentos

0301060118 ACOULHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Historia Clinica/Exame fisico:

Internaçao

Exames Complementares:

Paciente em dor no joelho D e sobre
os tornozelos D após acidente de moto
relatando a dor

Diagnostico provavel:

Prescricao Medica

1) - Rx de joelho D, laço X de tornozelo D
2) - Etopirina 25mg - 1cp, 3x ao dia
3) - Clonazepam 1mg - 1comp + 1comp de 15mg 97, EV

Domitila Alves Leite
ENFERMEIRA
501.876-00000000

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/Historia: CLIENTE RELATANDO QUEDA DE MOTOCICLETA COM ALGIA EM MID

Alergias: DIPIRONA, ANTIBIOTICO

Medicação Usual: LOSARTANA, DIABETICOS

FR: 0 mpm SAT 02: 0 0 9 JUL 2018

ECG: 0

Observação: HAS

Conduta:

Dados de Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

288112 - EMANUELA DE OLIVEIRA SOUSA
Enfermeiro Responsável

Hora:

6460 - CAROLINA COELHO MELLO

Dr. Carolina Coelho Mello
MEDICA
CRM-PI 6460

CAMILA RIBEIRO DA SILVA

Camilla Ribeiro da Silva
Paciente ou Responsável



CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Senha 77

SUS

Registro: 70370
Hora: 17:29:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P017
Data: 15/04/2018

Funcionário: CARLA

CNPJ: - RG: 1.358.746 - SUS: 209241947010004

Civil: CASADO(A) CEP: 64275-000
Cidade: JATOBÁ DO PIAUI/PI
País: FIDELERINO LOPES DA SILVA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

30106018 ACOLOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: _____

☐ Interrupção

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Paciente com dor em punho D e cotovelo
em punho D - após acidente de moto
Alergia a aspirina

Prescrição Médica:

10 - Rx de punho D, base X do tornozelo D
Fotopne 25mg - 1cp, 3x ao dia
Clonazepam 100mg - 1amp + 100ml de Sg 9%, EV

Daniel Alves Leite
ENFERMEIRO
501.876 CORDEIRO

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: CLIENTE RELATANDO QUEDA DE MOTOCICLETA COM ALGIA EM MID

Medicação Usual: LOSARTANA,
DE 300MG

09 JUL 2018

SAT 02:00

ECG: D

Alergias: DIPIRONA, ANTIBIOTICO

PA: 0 mmHg 100 mmHg TAX: 09c

FR: 0 murpm

Peso: 0 kg

Glicemia: 0 mg/dl

FC: 0 bpm

Observação: HAS

Condição:

288112 - EMANUELA DE OLIVEIRA SOUSA

Enfermeiro Responsável

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência ☐ Destino:

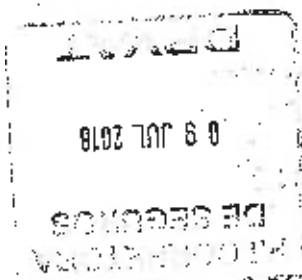
6460 - CAROLINA COELHO MELLO

Médico Responsável

Dra. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 6460

CAMILA RIBEIRO DA SILVA
Paciente ou Responsável

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
A SUA UTILIZAÇÃO"



NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 309862

NOME DO PACIENTE:

Romundo Pereira Silva

HOSPITAL
DE SEGUROS
DE SÃO PAULO



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Nº: ALIANA PEREIRA SILVA

End. Resid.: AV FRANKISCO PEREIRA AN - CENTRO - JARDIM DO PIAT - PI - CEP: 64275-000

Nascimento: 24/04/1958

Responsável: KAMILA RIBEIRO

Profissão: LAVADOR

G. Instação: Fundamental

End. Local: - - - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660453

Data: 16/04/2018 20:20:32

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Acid. Trab.: NÃO

Acid. Traje: NÃO

Acid. Trab. Tipico: NÃO

CID Secundário: V295

Condição: AMPLAÇÃO ORÇAMENTO (LITRA CINDAS)

Condição: 02-20-561

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

Condição: 16/04/18

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO PEREIRA SILVA	
Mãe: ALZIRA PEREIRA SILVA	End. Resid.: AV FRANCISCO PEREIRA SX - CENTRO - CATOA DO PIARI - PI - CEP: 64275-000
Nascimento: 24/04/1958	Idade: 59a:11m:23d
Responsável: KAMILA RIBEIRO DA SILVA	Sexo: Masculino
Profissão: LAVADOR	Fone: 06-98111-6636
G. Instrução: Fundamental Incompleto	CNS: 20924194701004
End. Local: - - -	Documento: RG: 226656 - SSP-PI
	E. Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660453	Data: 16/04/2018 20:20:32	Clas. Cor: Indefinido	Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO ULTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)
Convenção: 1 8			

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 16/04/2018 20:30h	Especialista: Otorrinolaringologista
Motivo da Solicitação: Assalto de moto em rua em casa 22/4/18	
Dr. Thiago Resende	Dr. Thiago Resende
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 16/04/2018 20:30h	Especialista: Otorrinolaringologista
Motivo da Solicitação: Assalto de moto em rua em casa 22/4/18	
Dr. Thiago Resende	Dr. Thiago Resende
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /

CP: Não se trata	
Motivo da Solicitação: Retorno de trauma	
Data/Hora Solicitação: 16/04/2018 20:30h	Especialista: Otorrinolaringologista
Motivo da Solicitação: Assalto de moto em rua em casa 22/4/18	
Dr. Thiago Resende	Dr. Thiago Resende
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Secretaria Municipal de Saúde
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 196351847	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679639 - SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR LUIZ MILTON DE ALBA LEAO - (86) 3215-2074
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	582856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - RUT
LEITO:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
PACIENTE:	KALMUNDO PEREIRA DA SILVA
NASCIMENTO: 24/04/1958	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:	
PTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRAFEGO COM TRAUMA DE QUADRIL COM DOR INTENSA E DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL DIREITA; SEM CONSEQUIR DEAMBULAR OU FICAR EM PE; RX- TRAÇO DE FRAUTURA ACETABULAR A DIREITA	
PROVAS DIAGNÓSTICAS:	
EXAMES SOLICITADOS:	
DIAGNÓSTICO(CID): CONTUSÃO DO QUADRIL	
COMORBIDADE:	
PRESSÃO ARTERIAL:	RRQ: CARDIACA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:
USO DE DROGAS VASOATIVAS:	USO DE O2:
USO ANTIBIÓTICOS:	
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:	

DATA: 16/04/2018 18:32:29

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMIINHAMENTO / CARIMBO

1089871 Carimbo
CRM - 14.143
Dr. Med. Roberto

09 JUL 2018
DE 08:00:00

Raimundo Pereira Silva

()

Raimundo Pereira Silva
Entrevista
CORREIA 17

Nome: Raimundo Pereira Silva
Data: 17/08/2018

17/08/2018

1. O que você sabe sobre o caso?

2. Como você se sente em relação ao caso?

3. O que você acha que deve ser feito para resolver o caso?

4. O que você acha que pode acontecer no futuro?

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	
Nº LAUDO: 68014	AIH: 2218100212779

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
CNES	5328556
CNES	5328556
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	RAIMUNDO PEREIRA SILVA	20924:947010084
DOCUMENTO	TELEFONE	86981116636	ALZIRA PEREIRA SILVA
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	QUADRA 32 CASA 07	BAIRRO
	COMPLEMENTO		BEIA VISTA
UF	MUNICÍPIO	TERESINA	UF
PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
0308010019			

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO COXOFEMORAL - FRATURA DA EPFISE FEMORAL			
CÓDIGO	040802039	CÓDIGO	040802039
DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECÍFICA NÃO ESPECIFICADA			
CÓDIGO	0308010019	CÓDIGO	0308010019
DIAGNÓSTICO INICIAL			
PERÍMETROS DE OUTRAS PARTES E DAS NÃO ESPECIFICADAS			
CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	7S18
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)			
PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)			

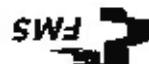
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTANDO FRATURA EM ACETABULO, AVALIADO PELO ORTOPEDISTA QUE OPTOU POR TITO CONSERVADOR, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR.	
PROFISSIONAL SOLICITANTE	
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
AGNÉLO SAMPAIO C BRANCO MEDEIROS	
CNS SOLICITANTE	980016004394953
DATA SOLICITAÇÃO	02-05-2018

AUTORIZAÇÃO	
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
TANIA MOREIRA ABRA LEAO	
CNS AUTORIZADOR	0205/2018 163543
ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO	201804095290063



Handwritten signature and stamp of the medical professional.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



68014

Identificação do estabelecimento de saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2- Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

7- CNS: 209241947010004

1- Mãe: ALZIRA PEREIRA SILVA

13- Resp: FAMILIA RIBEIRO DA SILVA

15- Endereço: AV FRANCISCO PEREIRA SM - CENTRO - CEP: 64275-000

16- Município: JATUBA DO PIRAÚ

8- Nascimento: 24/04/1958 9- Sexo: Masculino

RG: 226656 - SSP-PI

12- Fone: 86-98111-6636

14- Cor: Sem informação

18- UF: PI 19- CEP: 64275-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Trauma em Base de Fratura de Aclabulo

21 - Condições que justificam a internação:

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

Tuberculous Cavity

23- Diagnóstico Inicial:

Fratura do acetábulo

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado:

0408040289 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL

29- Clínica:

30- Carteira: Ident.: 31- Docum.: 32- Doc. Méd. Solic.: 02 01 819.404.243-72

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

16/04/2018 RAIMUNDO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho típico

38- () Acidente Trabalho Trajetário

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

07/05/18

49- Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Raimundo Ribeiro da Silva

Consultor: MARCELO RICHARDI
Consulte SUS: 660453
Imprimir: 17/04/2018 00:15:47

Plano dos Santos Macedo
Assessoria em Saúde
CNPJ 17.045.319/000008
CNPJ 17.045.319/000008
CNPJ 17.045.319/000008

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

272471

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	
Nº LAUDO: 68014	AIH: 2218100212779

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT
CNES	5828556
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT
CNES	5828556

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO SUS	20941047010004
NOME DO PACIENTE	RAIMUNDO PEREIRA SILVA
DOCUMENTO CPF	8698116636
NOME DA MÃE	ALZIRA PEREIRA SILVA
ENDERÇO - LOGRADOURO	8698116636
CEP	
Bairro	BELA VISTA
COMPLEMENTO	
MUNICÍPIO	TERESINA
UF	PI
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO COXOFEMORAL E FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
CIRURGIA	

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS	
RX	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	
S324 - FRATURA DO ACETÁBULO	
CID 10 SECUNDÁRIO	
CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
D408040289 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO COXOFEMORAL E FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	
LEITO/CLÍNICA	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CARÁTER	URGÊNCIA
DATA SOLICITAÇÃO	16/04/2018
MOTIVO ALTA	MELHORADO
DATA ALTA	19/04/2018 08:30
DATA ADMISSÃO	16/04/2018 20:20

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)	
TIPO ACIDENTE	
CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE	
SÉRIE CNPJ DA EMPRESA	
CNPJ EMPRESA	
CBOR NATUREZA DA LESÃO	

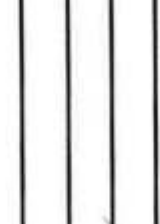
JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO	
AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO	
CONSELHO)	
NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLÉ AVALIAÇÃO /	
AUDITORIA	
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA RAUAS	
CRM:	
CPF: 0662142300	
DATA ANALISE: 17/04/2018 01:30R	
CRM:	
DATA ANALISE:	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
SÉNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
RAIMUNDO PEREIRA SILVA		309862	0	Ortopédica	229	219		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI: 16/04/2018	FRAT ACETABULO D						Quarto 020 depois de 24 horas de cirurgia	
19/04/18	Quarto 020 depois de 24 horas de cirurgia						3 meses Sem Carga dos membros	
1	Dieta oral hipossódica							
2	Jeico salinizado						inferno	
3	Tramadol 100mg_01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						08:30 Paciente de alta hospitalar	
4	losartana 50mg 1comp VO 1xdia							
5	Hidroclorotiazina 25mg 1comp VO 1xdia							
6	nifedipina 10mg 1comp VO 1xdia							
7	Ranitidina 150mg_1comp VO 8/8hs							
8	clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
 Dr. Paulo H. L. Farias Filho CRM 3367								
Dr. Gilberto Cronenberg / Dr. Yur J. F. F. / Dr. Ricardo S. V. / Dr. Paulo H. L. Farias Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM 3415-TEOT140029 / CRM 2308 / CRM 3766-TEOT11305 / CRM 3367								



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
GÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RAIMUNDO PEREIRA SILVA		309862	0	Ortopédica	229	219	
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
CÓDIGO		HORÁRIOS					
DI: 16/04/2018		FRAT ACETABULO D					
18/04/18							
1		Dieta oral hipossódica		Edição NUGUEIRA		NUTRICIONISTA	
2		Gelco salinizado //		GRN: 3170			
3		Tramadol 100mg_01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN //					
4		losartana 50mg 1comp VO 1xdia					
5		Hidroclorotiazina 25mg 1comp VO 1xdia					
6		nifedipina 10mg 1comp VO 1xdia					
7		Ranitidina 150mg_1comp VO 8/8hs					
8		clexane 40mg 1amp SC 1XDIA					
9		Cuidados gerais e sinais vitais //					
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							
69							
70							
71							
72							
73							
74							
75							
76							
77							
78							
79							
80							
81							
82							
83							
84							
85							
86							
87							
88							
89							
90							
91							
92							
93							
94							
95							
96							
97							
98							
99							
100							

Dr. José Henrique L. Nogueira
CRM 3367

Dr. Vitor Augusto Filho / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pereira Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM 3367 / CRM 3368 / CRM 3369 / CRM 3370 / CRM 3371 / CRM 3372 / CRM 3373 / CRM 3374 / CRM 3375 / CRM 3376 / CRM 3377 / CRM 3378 / CRM 3379 / CRM 3380 / CRM 3381 / CRM 3382 / CRM 3383 / CRM 3384 / CRM 3385 / CRM 3386 / CRM 3387 / CRM 3388 / CRM 3389 / CRM 3390 / CRM 3391 / CRM 3392 / CRM 3393 / CRM 3394 / CRM 3395 / CRM 3396 / CRM 3397 / CRM 3398 / CRM 3399 / CRM 3400

12/10 - Paciente comente bem
entado e tranquilo, realizando
exercícios, 12/10/18
apoiado PA = 120x80mmHg
juvenile



FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	Pavimentos Pavão Sênior				PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	FNE ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					HORÁRIO				
DATA: 16/06/18 HORA: :									
1	Clotape H 15								
2	Hidralastina 25 mg V.O. 1 + dia								ok. Verificado 120x70, P=78, TAX=36%.
3	Carbamate 100mg V.O. 1 + dia								
4	Kidodina 20mg V.O. 1 + dia								
5	STB 91% 500mg EV 12/12h								
6	Tilotele 20 mg EV 12/12h								
7	Tilotele 100mg + 100mg STB 91% EV 8/8h								
8	Kavitidine 50 mg EV 8/8h								
9	Cloacore 20 mg S.C. 1 + dia								
10	CC 66								
 Dr. André Gomes L. Mendes Osteopata / Fisioterapeuta CRM-SP 52411-1/2017					 Dr. André Gomes L. Mendes Osteopata / Fisioterapeuta CRM-SP 52411-1/2017				

MÉDICO/CRM:



LAUDO MEDICO

Paciente: **RAIMUNDO PEREIRA SILVA** (Prontuário: 309862)

Endereço: **AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATIBA DO PIAUI - PI CEP: 64275-000**

Sexo: **Masculino**

Origem: **URGENCIA/EMERG**

Atendimento: **660453**

Nascimento: **24/04/1958** Idade: **59a11m22d**

Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Requisição: **830257** Solicitação: **16/04/2018**

Control: **1027025** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Data Exame: **16/04/2018**

Cod. SIA: **0206030010**

T.C. DE ABDOME

Técnica: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRAFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BACO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- IMAGEM CÁLCICA NA VESÍCULA BILIAR, MEDINDO 1,4 CM, SUGESTIVA DE CÁLCULO.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARÊNQUIMATOSA HOMOGÊNEA.
- AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA ATEROMATOSA, COM CALIBRE NORMAL.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- FRATURA COMITIVA NO ACETÁBULO DIREITO, ASSOCIADA A EDEMA EM PLANOS ADIPOSOS EXTRA PERITONEAIS DA PELVE.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



[Handwritten signature]



LAUDO MEDICO

Paciente: **RAIMUNDO PEREIRA SILVA** (Prontuário: 309862)
Endereço: AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATIBA DO PIAUI - PI CEP: 64275-000
Nascimento: 24/04/1958 Idade: 60a/m20d Sexo: Masculino
Requisição: 830258 Solicitação: 16/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Atendimento: 660453 Origem: URGENCIA/EMERG

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060096 Data Exame: 16/04/2018

BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA.

os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 14/06/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável





LAUDO MEDICO

Paciente: **RAIMUNDO PEREIRA SILVA** (Prontuário: 309862)
 Endereço: AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATOBA DO PIAUI - PI CEP: 64275-000
 Nascimento: 24/04/1968 Idade: 59a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660453
 Requisição: 830258 Solicitação: 16/04/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
 Controle: 1027038 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 16/04/2018

T.C. DE BACIA

Exame realizado através de aquisição helicoidal e reconstruções com 3mm de espessura e 3mm de incremento, evidenciou:

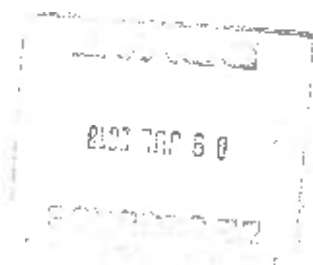
- FRATURA COMINUTIVA NO ACETÁBULO DIREITO, COMPROMETENDO A SUPERFÍCIE ARTICULAR.
- DERRAME ARTICULAR NO QUADRIL DIREITO.
- EDEMA EM PLANOS ADIPOSOS PERIARTICULARES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 696 958 303-15 CRM-PI 3090
 Profissional Registrado



[Handwritten signature]



LAUDO MEDICO

Paciente:	RAIMUNDO PEREIRA SILVA	(Prontuário: 309862)
Endereço:	AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATOBA DO PIAUI - PI CEP: 64275-000	
Nascimento:	24/04/1958	Idade 60a/m20d
Requisição:	830258	Solicitação: 16/04/2018
Control:	1027027	Convênio: S U S
Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA		

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087 Data Exame: 16/04/2018

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em
pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:
- Fratura antiga consolidada na tibia distal fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(FRANCI SILVA)

TERESINA - PI 14/06/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional responsável



Handwritten signature and initials

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA

17-04-2018

Dr. Antonio Vieira de Jesus
Cardiologista
CRM: 2135-PI

PARECER

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA

Td 26u



Risto eungra

MOTIVO DA CONSULTA

À CLÍNICA

DA CLÍNICA

NOME

Raimundo Pereira Silva

cardiologia
ortopedica

LETO

229/2018

PRONTUÁRIO

REQUISIÇÃO DE PARECER

JOSÉ GREGÓRIO XIMENES

Clínica Médica
Ortopedia
CRM-PI 862



RELATÓRIO

Em 16.4.2018, o Sr. Pasquendo
Pasquino Silva, RG=726666 SSP
(PI) segundo informe, sofreu
acidente automobilístico com
fratura do acetábulo de acetá-
bulo e dia. CID = S32.4.

Faz tratamento conservador e
fisioterapia (30 sessões)

Exente de alta ortopé-
dica, referindo dor no que-
drel/di, aos movimentos. A-
presente limitação dos movi-
mentos do quadril $\pm 70\%$. De-
ambula com auxílio de
muleta.

(CAMARÁ, 030.7.2018)

Jose Gregorio Ximenes

Av. Santo Antonio, 253
Campo Maior - PI

José Gregório Ximenes
Médico CRM - PI 862
Ortopedia e Traumatologia

Fone: (86) 3252-1713
8163-0019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 AGO 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CAPTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
 JOSE DE SAUDE MORAES

DOC. IDENTIFIC. PARA VEICULOS
 2704200 SEP PI

CPF
 040.056.943-60

DATA NASCIMENTO
 12/04/1990

FUNÇÃO
 ANTONIO FRANCISCO
 MORAES
 LMA CELIA DE SAUDE
 MORAES

PROFISSÃO
 CONDOMINIO

ACE
 000000

CAT.VEIC
 33

Nº HABILITACÃO
 01200340011

VALIDADEZ
 20/04/2020

P. HABILITACÃO
 20/07/2010

ASSINATURA

João de Saude Moraes

LOCAL
 CAMPO MEXON

DATA DE EMISSÃO
 24/04/2015

10001770047
 71315042144

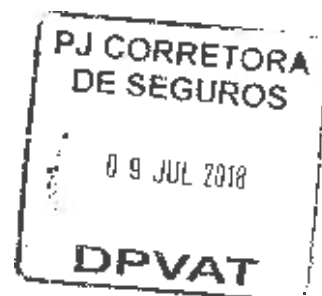
DETRAN PI (PIAUI)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL

1087240743

PRIMEIRO PLASTIFICAR

1087240743



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

Consulta processos - Processo Ju... x 0801694-85.2018.8.18.0026 - Pro... x Email - reinaldo filho - Outlook x +

tjpi.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=148566&ca=bdb9abc3cac69448c0621f86d872707b2f202fd9caac...

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

PJE ProOrd 0801694-85.2018.8.18.0026
RAIMUNDO PEREIRA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

7414614 - Petição (2560744 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 29/11/2019 16:51:45

29 Nov 2019

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

- 7414613 - Petição
 - 7414614 - Petição (2560744 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR 01)
 - 7414616 - Comprovante (Anexo 01)

16:51

28 Nov 2019

7383488 - ALVARÁ

10:13

22 Nov 2019

ATO ORDINATÓRIO PRATICADO

7295447 - Ato Ordinatório

09:12

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

Processo: 08016948520188180026

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epigrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAIMUNDO PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

PT 16:52 29/11/2019