



Número: **0800142-56.2020.8.18.0013**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Teresina Norte 1 Anexo II CET**

Última distribuição : **31/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Enriquecimento sem Causa, Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VALDIR PAULO DE SOUSA (AUTOR)	LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10330 357	18/06/2020 12:40	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Valdir Paulo de Sousa

RG nº 516.627, data de expedição 03/03/93

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 185-344-573-87

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua São Miguel, nº 6532,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Valdir Paulo de Sousa, cujo o condutor era

Valdir Paulo de Sousa.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/NXR 160 Bros Ano: 2019

Placa: PIW-6889 Chassi: 9C2KD0810JR058707

Data do Acidente: 14/09/2019

Local e Data: Teresina, 18 de novembro de 2019.

Valdir Paulo de Sousa

Assinatura do Declarante

01/01/08

Valdir Paulo de Sousa

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton A. Cardoso
Escrevente Autorizado

Cartório Themistocles Sampaio 3º Ofício de Notas		TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Lázaro Nogueira, 1233 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6159 - E-mail: andamento@cartorio3oficio.com.br	
Titulares Anatilia Gonçalves de Sampaio Pereira			
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VALDIR PAULO DE SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 19/11/2019. Selo: AAM76754-XAVG www.tjpi.jus.br/portalextra			
Jose Hamilton Alves Cardoso - Escrivão Autorizado Emo: 1:3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 82 DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO			
OFÍCIO DE NOTAS			

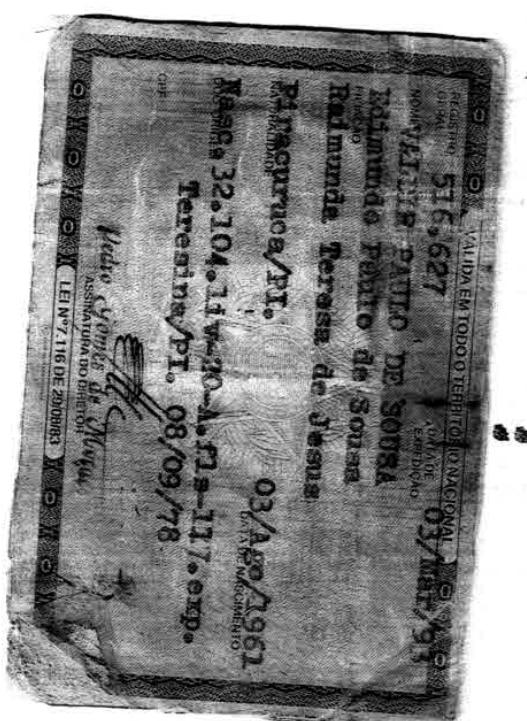
CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271>

Número do documento: 2006181240178540000009809271

Num. 10330357 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812401785400000009809271>
Número do documento: 20061812401785400000009809271

Num. 10330357 - Pág. 2



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Junes Estevão Silva Cunha

inscrito (a) no CPF/CNPJ 065.372.107-105, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valdir Paulo de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 185.344.573-87

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez Permanente da Vítima Valdir Paulo de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 185.344.573-87, 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 Lider-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 D. Pedro II</u>	Número:	<u>1530</u>	Complemento:	<u>Q/155</u>
Bairro:	<u>Crato Rei</u>	Cidade:	<u>Bacabeira</u>	Estado:	<u>Piauí</u>
E-mail:	<u>lunesestevao849@gmail.com</u>			CEP:	<u>64016-370</u>

Local e Data: Bacabeira - Piauí, 25 de Novembro 2019

Junes Estevão Silva Cunha

Assinatura do Declarante





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COCUTTINO - 18/08/2020 12:41:38
<http://tipi.pje.ius.br:80/1a/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?xm...>

Número do documento: 2006181240178540000009809271



Para contato
comercio, informe
esse NÚMERO! >>> SEU CÓDIGO
0583443-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/06/98

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	19-09-2019	88	87,19

VALDIR PAULO DE SOUSA
R. SAO MIGUEL 6532 POTTI VELHO

CPF: 00018534457387

CEP: 64.000-000 – TERESINA

DETALHES DA LEITURA	kWh	ROT: 10.001.34.50.353200	DATAS DA LEITURA
Atual:	25825	Atual:	13/09/2019
Anterior:	25737	Anterior:	13-08-2019
Constança de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14-10-2019
Consumo Médio:	88	Emissão:	11-09-2019
Consumo Faturado:	88	Apresentação:	13-09-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Integr. Faturador:	31

CLASSA/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fst.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONÓ	A523339	1.1.1.1	62	

MÉS/ANO CONSUMO	CONSUMO	DESCRIPÇÃO DA CONTA
AGO/19	43	88 A R\$ 0,912203 = 80,27
JUL/19	87	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COISIP) 6,92
JUN/19	90	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,51
MAI/19	93	
ABR/19	47	
MAR/19	69	
FEV/19	79	
JAN/19	53	
DEZ/18	23	
NOV/18	61	

TARIFA COM TIBUTOS:
0 A 99 - 0,555310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 08/2019 34,91 Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-09-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEDEN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$					
Distribuição:	16,88	Base de Cálculo:	80,27				
Energia:	32,60	Alíquota ICMS:	62,61				
Transmissão:	5,51	Valor do ICMS:					
Encargos:	2,69	Valor do PIS:	17,65				
Tributos:	22,59	Valor do COFINS:	0,88				
		INDICADORES DE CONTINUIDADE	6,49% 4,06				
		DNC	FIC				
		Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual	Mensal Mensal				
Limite	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consumo							

TERESINA-MARQUES

ROT: 10.001.34.50.353200

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0583443-0
MÊS FATURADO

87,19
VENCIMENTO

09/2019

19-09-2019

Nº da Nota Fiscal:

027180952 FCAM

8363000000 4 87190017000 6 00000000533 5 44300919008 5



SEQ.: 00135 UC: 0583443-0 DT.LEIT.: 13/09/2019 T.ENTR.: 04
25825 NORMAL TOTAL: 87,19 CARGA: 045
DT.VENC.: 19-09-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0951



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08

http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271

Número do documento: 2006181240178540000009809271

Num. 10330357 - Pág. 5

› BEM-VINDO A UM MUNDO DE
VANTAGENS COM O CARTÃO
RIACHUELO VISA®

002091
LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA
RUA BOLIVIA 1530
CRISTO REI
64014-410 TERESINA PI



MIDWAY
FINANCEIRA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271>
Número do documento: 2006181240178540000009809271

Num. 10330357 - Pág. 6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
----------------------------	--------------------	------------------------------

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

5 - Nome completo: <i>Valdir Paulo de Souza</i>	6 - CPF: <i>6532</i>		
7 - Profissão: <i>Pedreiro</i>	8 - Endereço: <i>Rua São Miguel</i>	9 - Número: <i>12</i>	10 - Complemento: <i>Teresina</i>
11 - Bairro: <i>Poti Velho</i>	12 - Cidade: <i>Teresina</i>	13 - Estado: <i>Piauí</i>	14 - CEP: <i>64008-040</i>
15 - E-mail: <i>vitorfdesauna@hotmail.com</i>	16 - Tel. (DDD): <i>86 99417-9122</i>		

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0855	013	CONTA: 00054244
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)		

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

34

Impressão digital da vítima ou do beneficiário
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, *Berenguer - Picos, 18 de Novembro 2019*

Valdir Paulo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: *Valdir Paulo de Sousa* 6 - CPF: *6532*
 7 - Profissão: *Pedreiro* 8 - Endereço: *Rua São Miguel* 9 - Número: *6532* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Poti Velho* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *Piauí* 14 - CEP: *64008-040*
 15 - E-mail: *valdirdesousa@hotmail.com* 16 - Tel.(DDD): *86 99417-9122*

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: *0855* 013 CONTA: *00054244* 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Não teve irmãos? Não Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

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

34

Impresso digital ou
vítima ou
beneficiário
deleitado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Berenguer - Picos, 18 de Novembro 2019*

Valdir de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Io Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271>
Número do documento: 2006181240178540000009809271

Num. 10330357 - Pág. 9



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011112/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2019 15:16 Data/Hora Fim: 19/11/2019 15:29
Delegado de Policia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/09/2019 17:20

562119

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: av. isidoro franca

Bairro: Poti Velho

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDIR PAULO DE SAUSA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Piracuruca Sexo: Masculino Nasc: 03/08/1961
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Raimunda Teresa de Jesus

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: rua são miguel Nº: 6532
Bairro: poti velho

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição moto	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Valdir Paulo de Sausa	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

relata a vitima que conduzia a moto em endereço citado, que estava esperando o sinal abrir, quando um caminhão que vinha logo atrás colidiu na traseira de sua moto, onde a vitima foi lesionado, socorrido pelo samu, encaminhado para o hnt. fato informado pela vitima.



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 19/11/2019 15:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271
Número do documento: 2006181240178540000009809271

Num. 10330357 - Pág. 10



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011112/2019

ASSINATURAS

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097616
Responsável pelo Atendimento

Valdir Paulo de Sausa
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 19/11/2019 15:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190677520 **Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA**

Data do Acidente: 14/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDIR PAULO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15211532

00040929




Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190677520 **Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA**

Data do Acidente: 14/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), VALDIR PAULO DE SOUSA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15237705

00070361
Pag. 0072/100722 - carta_07 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271>
Número do documento: 2006181240178540000009809271

Num. 10330357 - Pág. 13

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433285/19

Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA

CPF: 185.344.573-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/09/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Titular do CPF: VALDIR PAULO DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA : 065.372.103-05

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VALDIR PAULO DE SOUSA : 185.344.573-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA
CPF: 065.372.103-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271>
Número do documento: 2006181240178540000009809271

Num. 10330357 - Pág. 14

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Valdir Paulo de Sousa, brasileiro, solteiro, pedeira, RG nº 516627, CPF nº 185.344.573-87, residente e domiciliado na Rua São Miguel, nº 6532, bairro Póly Velho, Cerejeira - Piauí.

OUTORGADA: LUAN ESTEVÃO SILVA CUNHA, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Piauí, sob o nº 18003, e DAVID SOARES FIGUEIREDO JUNIOR, brasileiro, casado, advogado notadamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Piauí, sob o nº 15528, situado no escritório profissional na Av. Abdias Neves, nº 789, bairro Piçarra, Teresina-PI.

PODERES GERAIS: A quem confere poderes para representa-lo em repartições públicas federais, estaduais e municipais, autarquias, empresas privadas, assim nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado já qualificado acima, a quem confio poderes especiais para representar-me ante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização alusivo ao Seguro Obrigatório-DPVAT, cedendo poderes para assinar, enviar, requerer e protocolar qualquer documento útil junto às seguradoras consorciadas visando receber a legitima **INDENIZAÇÃO POR MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E/OU DESPESAS MÉDICAS**, oriundas de acidente de trânsito.

PRAZO: Concedo até a conclusão do recebimento relativo ao seguro obrigatório do DPVAT na seguradora Líder.

Teresina-PI, 18 de Novembro 2019.

Valdir Paulo de Sousa
OUTORGANTE

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Cartório Themistocles Sampaio Rua Lázaro Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0159 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Filial: Anatália Góes de Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VALDIR PAULO DE SOUSA. DOU FE. EM TEST DA VERDADE.
Teresina-PI, 19/11/2019. Selo: AAM76742-JGVI
www.tjpi.jus.br/portalextra.

CONSULTE O SELO DIGITAL

3º OFÍCIO DE NOTAS

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton A. Cardoso
Escrivente Autorizado
Teresina - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677520 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º E 3º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA E DESBRIDAMENTO). VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 08 E 11.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. DURVAL TERCIO NUNES LEAL, CRM/PI 1995, 29/09/2019. VÍTIMA EM TRATAMENTO POR 06 MESES.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE.

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 %



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677520 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º E 3º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA E DESBRIDAMENTO). VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 08 E 11.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. DURVAL TERCIO NUNES LEAL, CRM/PI 1995, 29/09/2019. VÍTIMA EM TRATAMENTO POR 06 MESES.

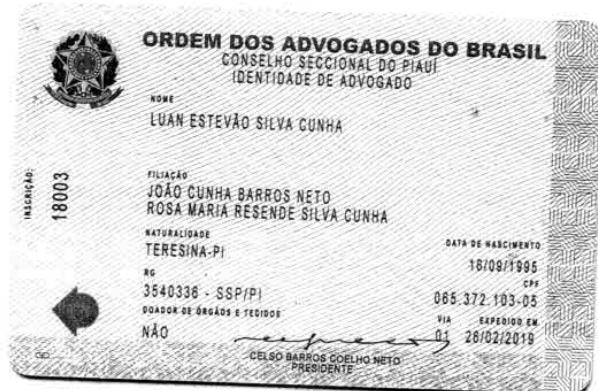
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271>
Número do documento: 2006181240178540000009809271

Num. 10330357 - Pág. 18

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PI Nº

014208058486

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

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SEGURO DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

CONTRAN

Foto

TERESINA

AROMA MARTINS DO REGO LIMA

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

Data

27/9/2019

Expedidor

A/FID **ADMINISTRADORA DE CONS N**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MAR / 2018

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433285/19

Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA

CPF: 185.344.573-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/09/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Titular do CPF: VALDIR PAULO DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA : 065.372.103-05

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VALDIR PAULO DE SOUSA : 185.344.573-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA
CPF: 065.372.103-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181240178540000009809271>
Número do documento: 2006181240178540000009809271

Num. 10330357 - Pág. 20



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

TESTIMONIO DE FICHA:
TESTIMONIO QUE DICE QUE EL PRACTICANTE ASESOR
CÓMO ESTAR FICHA
ESTÁ EN TUTTOCORTE JE
DICE FRANCÉS E INGLÉS
DE ESTUDIOS AÑOS SEIS
PRACTICANTE DE ALTA PROFESIÓN
A SUBVENCIONADA + ALQUILER
DE JEROS DE TE. SOY UNO
ASISTENTE DE TURANTE
POR OBLIGACIÓN (ESTE)

3909 3019

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
Av. Presidente Vargas, 195 - RM-MA 3636.
Carimbo com assinatura do(a) profissional



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Imp: 14/09/2019 19:55:56

(User: ANTONINO MOITA)

(Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> VALDIR PAULO DE SOUSA	<u>Prontuário:</u> 522846
<u>Mãe:</u> RAIMUNDA TERESA DE JESUS	<u>Pai:</u>
<u>End. Resid.:</u> RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990	
<u>Nascimento:</u> 03/08/1961	<u>Idade:</u> 58almild
<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86-99542-2696
<u>Responsável:</u> VANDO	<u>CNS:</u> 700008730921001
<u>Ocupação:</u> PEDREIRO	<u>Documento:</u> CPF: 185.344.573-87
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>E.Civil:</u> Desq./Divorciado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 741413	<u>Entrada:</u> 14/09/2019 18:38:53	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060061
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> QUEDAS	<u>Classificação:</u> Hemorragia menor incontrolável	<u>Cor:</u> Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESITANDO LESÃO CORPO CONTUSO EM MMII. CONSCIENTE, ORIENTADO.		ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA 315296 Em: 14/09/2019 19:16:37

<u>BSVV:</u> (Hora: ____ : ____)
<u>Peso:</u> 0,00 Kg <u>Altura:</u> 0,00 M <u>IMC:</u> 0,00 Kg/m ² <u>Pulso:</u> bmp <u>Pressão:</u> mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Corduta:</u> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBÍSTICO (MOTO COM CAMINHÃO) COM USO DE CAPACETE HÁ 1 HORAS. RELATE QUE SE CHOCOU CONTRA O CAMINHÃO A) VIAS AEREAIS PERTURBAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII E) CORTE EM DORSO DE PÉ ESQUERDO

<u>Diagnóstico Inicial:</u> ?	<u>CID:</u>
----------------------------------	-------------

<u>Exames Complementares:</u> (1309827) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO (1309828) - PE OU PODODACTILO DIREITO

<u>Prescrição Médica:</u>

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

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 14/09/2019 19:55:55



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

OKTOPIA

RAIO X DEA DADO

14/09/19 20:11
 109.00 000057

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> VALDIR PAULO DE SOUSA	<u>Prontuário:</u> 522846		
<u>Mãe:</u> RAIMUNDA TERESA DE JESUS	<u>Pai:</u>		
<u>End. Resid.:</u> RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
<u>Nascimento:</u> 03/08/1961	<u>Idade:</u> 58almid	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86-99542-2696
<u>Responsável:</u> VANDO	<u>CNS:</u> 700008730921001		
<u>Profissão:</u> PEDREIRO	<u>Documento:</u> CPF: 185.344.573-87		
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>E.Civil:</u> Desq./Divorciado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Idige:</u> 741413	<u>Entrada:</u> 14/09/2019 18:38:53	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060061
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>1/Sintoma de Apresentação:</u> QUEDAS	<u>Classificação:</u> Hemorragia menor incontrolável	<u>Cor:</u> Amarelo
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-------------------------------

Breve História Clas. Risco:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESITANDO LESÃO CORTO CONTUSO EM MMII. CONSCIENTE, ORIENTADO.

ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA

315296

Em: 14/09/2019 19:16:37

SVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBÍSTICO (MOTO COM CAMINHÃO) COM USO DE CAPACETE HÁ 1 HORAS. RELATE QUE SE CHOCOU CONTRA O CAMINHÃO

- A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.
- C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
- D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII
- E) CORTE EM DORSO DE PÉ ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

- (1309827) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO
- (1309828) - PE OU PODODACTILO DIREITO

Prescrição Médica:

*Rx: FRACTURA EXPOSTA 2,3º METATARSOS
 PT (E) + DESLUMBRAMENTO - CD: A0 CC*

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
 CRM 4330 Em: 14/09/2019 19:56:15





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

RAIO X REALIZADO

14/09/19 19:56:16

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

14/09/19

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA		Prontuário: 522846
Mãe: RAIMUNDA TERESA DE JESUS	Pai:	
End. Resid.: RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 03/08/1961	Idade: 58almild	Sexo: Masculino Fone: 86-99542-2696
Responsável: VANDO	CNS: 700008730921001	
Profissão: PEDREIRO	Documento: CPF: 185.344.573-87	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Desq./Divorciado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 741413	Entrada: 14/09/2019 18:38:53	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Al/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Hemorragia menor incontrolável	Cor: Amarelo
------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------

Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTÚSO EM MMII. CONSCIENTE, ORIENTADO.	ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA 315296 Em: 14/09/2019 19:16:37
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

SVV: (Hora: ____ : ____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp.	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBÍSTICO (MOTO COM CAMINHÃO) COM USO DE CAPACETE HÁ 1 HORAS. RELATE QUE SE CHOCOU CONTRA O CAMINHÃO A) VIAS AEREAIS PERVERIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII E) CORTE EM DORSO DE PÉ ESQUERDO	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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

Exames Complementares: (1309827) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO (1309828) - PE OU PODODACTILO DIREITO	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Prescrição Médica:	
--------------------	--

Rx: FRACTURA EXPOSTA 23º METATARSOS
PE (E) + DESVIMENTO - CD: AO CC

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

Assinatura Paciente ou Responsável	
------------------------------------	--

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 14/09/2019 19:56:15





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:41:08
<http://tpj1.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812401785400000009809271>
Número do documento: 20061812401785400000009809271

Num. 10330357 - Pág. 25

Dr. Giordano Cronemberger / Dr. Yuri Iwago Félix / Dr. Ricardo S. Valenga / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

256394

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	25053

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA	6 - Prontuário: 522846
CNS: 700008730921001	8-Nascimento: 03/08/1961
9-Sexo: Masculino	CPF: 185.344.573-87
10-Mãe: RAIMUNDA TERESA DE JESUS	12-Fone: 86-99542-2696
13-Resp: VANDO	14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - CEP: 64069-990	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prin:	25-CID Sec.:	26-CID C. Ass.
Traumatismos superficiais múltiplos não especificados		T009	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo:
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.:	787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 05/10/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM,

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência: (<input type="checkbox"/>) Empregado (<input type="checkbox"/>) Empregador (<input type="checkbox"/>) Autônomo (<input type="checkbox"/>) Desempregado (<input type="checkbox"/>) Aposentado (<input type="checkbox"/>) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (DIELSON)
	Consulta Local: 741413
	Consulta SUS: 2010/2019 12-18-4



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 05/10/19

NOME DO PACIENTE:	Valdir Paulo de Souza	PRONTUÁRIO N°:	522846
DIAGNÓSTICO:	M. de P. de R. B.	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	03
CIRURGIAO:	W. Ricardo	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESISTA:	W. Adriano	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Silene	CRM: 3766 - TEOT: 11365	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	03	
AGULHA 30x8	UNID.	—		LUVA N° 8,0 18,5	PAR	02/03	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N° 7,5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.		—		Escorvos - 04 und.			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.		—		Eletrodos - 05 und.			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.		—		cravos - 03 und.			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.		—		minim - 03 und.			
ALCOFIL		—					
MONONYLON		—					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL		—		CIRCULANTE: Sora			
PROLENE		—					



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Edilson Barbosa

Diagnóstico pré-operatório

hipertensão arterial

Operação - Tipo

limpeza de ferida

Cirurgião

Dr. Ricardo Valenç

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Ricardo Valenç
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3786 - TEOT: 11305

3º Assistente

Instrumentador(a)

anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

03/09

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Parte BPI abdômen
antebraço catéter coz
elástico 1 laje
cortex com bolo
angulo*

*Dr. Ricardo Valenç
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3786 - TEOT: 11305*

Mod. 76 HU

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>VALDIR PAULO de Souza</u>					Nº DE REGISTRO		
DATA: <u>05/10/19</u>		P. ARTERIAL <u>130x80</u>	PULSO <u>80</u>	RESPIRAÇÃO <u>80/60</u>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CRICULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS <u>07:30</u>	EFEITOS <u>08:00</u>		TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3					<u>DEOXYANESTESIA</u>	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					<u>DEOXYANESTESIA</u>	
TEMPERATURA T	Cº 260 240 38					<u>DEOXYANESTESIA</u>	
P. ARTERIAL V O PULSO	2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					<u>SEQUÊNCIA</u> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						<u>DEOXYANESTESIA</u>	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						<u>DEOXYANESTESIA</u>	
RESPIRAÇÃO O						<u>DEOXYANESTESIA</u>	
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS <u>DEOXYANESTESIA</u>					DURAÇÃO		
OPERAÇÕES <u>LNC em miz</u>					INCIDENTE - ACIDENTE		
CIRURGIÕES <u>DR. RICARDO VALENCIA</u>							
ANESTESISTAS <u>DR. ANDRANO L. COMBO</u>							
PARITICULARIDADES							

IOD 76 - HUT





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNACÃO HOSPITALAR**

248017

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	24869

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA				6 - Prontuário: 522846
7-CNS: 700008730921001	8-Nascimento: 03/08/1961	9-Sexo: Masculino	CPF: 185.344.573-87	
-Mãe: RAIMUNDA TERESA DE JESUS				12-Fone: 86-99542-2696
-3-Resp: VANDO				14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - CEP: 64069-990				
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990	

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clinicos:

Info of $f(x)$

mc

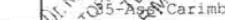
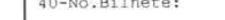
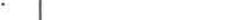
21 - Condições que justificam a internação:

Ausson Jardim

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

Ex fisico PR
móstico Inicial:
cincos superficies múltiples no expositadas

PROCEDIMENTO SOLICITANTE

PROCEDIMENTO SOLICITADO						
28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:					
0413040178	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA					
29-Clinica:	30-Caráter:	Ident.:	31-Docum.:	32-Doc. Méd.	Solic.:	Tempo
	02	01	CPF	004.798.243-80		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:			34-Data Solicitação:			
RAUL RUBEN DE MACEDO NETO			01/10/2019			
                                     						

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento:	49-Num. Documento: () CNS () CPF
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (HERBERT ALENCA
Consulta Local: 741413
Consulta SUS:
Impressão: 01/10/2019 16:30:2



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Valdir Paul de Souza		
Diagnóstico pré-operatório	INFECÇÃO NECROSIC PÓS-OPERAÇÃO		
Operação - Tipo	LVC (Abdominotórax)		
Cirurgião	Dr. Rony	1º Assistente	Flávio
2º Assistente	Dr. Rony Ribeiro Macêdo Neto ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA TEOT 12994 CRM-PI 3849	3º Assistente	Francisco
Instrumentador(a)	Regina	Anestesista	Drs. Fernanda
Anestésico(a)	Anestesia Ropivacaina		
Data da Operação	01.10.19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
			

Relatório Imediato do Patologista



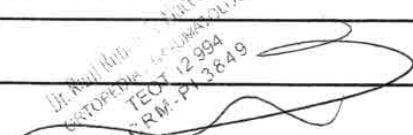
Acidente Durante a Operação



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

1 - XXI
2 - sussex / acesso brs
3 - lvc / abdome
4 - mltos fios sfolet
5 - Hno STASIA
6 - SÍNUS

Dr. Rony Ribeiro Macêdo Neto
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
TEOT 12994
CRM-PI 3849



Mod. 76 HU



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
01/06/19	135/85	55		36,5	65kg			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA						TP: 876	CU: 0,7	
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CRICULATÓRIO	Estou com temperatura normal					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO	N/D					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO	Tejido completo > 80%					SISTEMA URINÁRIO	N/D	
ESTADO MENTAL	Consciente					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	Ortopédico / Diabético / amputação traumática					FÍSICOS	PSA?	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 30%	1	2	3			TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	500	400	300	200	100	1000ml 500ml 400ml 300ml 200ml 100ml	
TEMPERATURA T	C°	260	240	220	200	180	38	
P. ARTERIAL V								
O PULSO								
INÍCIO E FIM ANESTESIA X								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O								
SÍMBOLOS	EKG: 200bpm 70% 3ml 2,8%							
TÉCNICAS	Intraoperatoria							
OPERAÇÕES	Desperou Gárgula							
CIRURGIÕES	Dr. Raul							
ANESTESISTAS	DR. S. NUNES / DR. S. T. ESTOLOGISTAS CRM-PI 4924							
PARITICULARIDADES	N/D com coartação e dilatações							
INCIDENTE - ACIDENTE								
Sem incidentes								
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS								

MOD 76 - HUT





Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 01/10/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<u>Valdir Pinto de Souza</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>522845</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Raul</u>	Nº DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Raul</u>	CPF Nº	
AUXILIAR:		CPF Nº	
ANESTESIA:	<u>Dr. Fernando</u>	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA:	<u>Drapier</u>	CPF Nº	

**ATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>07</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>50</u>	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	<u>03</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Drapier</u>	UN	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>2,0</u>	<u>01</u>				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Dr. Raul</u>		
OLENO							





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR
CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: VACOLIE PAULO DE SOUZA Nº PRONT: 522896 Nº LAUDO: 250537

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU DEMORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

[Handwritten signature]
Justificativa Sergio Leite Teixeira
CRM - 3131
Técnico - HUT

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR





ATESTADO MÉDICO

Atesto que

Valdir P. de Souza

Cart. Prof. N° _____ Série _____

necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir
de 29/9

Teresina, 11 de 09 de 2019

Giordano Cromembergh
C.R.N. 34151-1
C.R.M. 62622-1

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

