

Controle de do x Audiências x Upload x Consulta proc x 0800114-30.20 x WhatsApp x Tribunal de Jus x Merge PDF file x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=184639&ca=9d42a0b96d7844b7d4485b2186c065a7d0...

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

PJE ProceComCiv 0800114-30.2019.8.18.0076
JOSE DE PINHO BORGES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

10458606 - CONTESTAÇÃO (2729208 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/06/2020 11:01:45

25 Jun 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10458604 - CONTESTAÇÃO
 - 10458606 - CONTESTAÇÃO (2729208 CONTESTACAO 01)
 - 10458609 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10458612 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10458614 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 10458615 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

11:01

downloadBinario.seam 1 / 11

2729208- CS/ 2020-02312/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE UNIAO/PI

PROCESSO: 08001143020198180076

prot + proc adm.pdf prot + contestação.pdf pa.pdf cont.pdf prot + peça.pdf Exibir todos x

PT 11:01 25/06/2020



Número: **0800114-30.2019.8.18.0076**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de União**

Última distribuição : **14/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Inadimplemento, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DE PINHO BORGES (AUTOR)		SERGIO LUIZ OLIVEIRA LOBAO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10458609	25/06/2020 11:01	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

AVISTA

o cartão do
brasileiro



CTOE FORTALEZA CE PL8

ANTONIO DA SILVA BARROS
RUA CANIDE Nr.2088

CENTRO
64120-000 - UNIAO - PI



1413111973022120000000221230210518



PE201530
1EF67C
1078



Correios
R\$ 0

01.06.18 - 11h

AGF. BAIRRO SAO TORQUATO
DATA DE POSTAGEM:
21/05/2018



Central de Atendimento:
3003-3210 Capitais e Regiões Metropolitanas
0800 725-3210 Demais Regiões

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS - ECT
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

o cartão do
brasileiro

AVISTA

☐ Mudou-se
☐ Desconhecido
☐ Recusado
☐ Falecido
☐ Ausente
☐ Não procurado
☐ Endereço insuficiente
☐ Não existe o número indicado

Reintegrado ao serviço postal em Responsável:

PARA USO DOS CORREIOS



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 0300 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 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, ANTONIO DA SILVA BORGES inscrito (a) no CPF/CNPJ 496.923.053 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE DE PINHO BORGES inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.456.943 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura 1ª R da Vítima JOSE DE PINHO BORGES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.456.943 / 72, 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 CONINDE</u>		Número <u>2088</u>	Complemento <u>Residência</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>UNISÃO</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64-12000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-5752</u>

UNISÃO - 12 de Novembro de 2018
Local e Data

Antonio da Silva Borges
Assinatura do Declarante

**J CORRETORA
DE SEGUROS**

19 NOV 2018

DPVAT

DLDR.L001 V001/2017





Prefeitura Municipal de União - PI
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
Travessa Filintro Rêgo N° 99 Centro.
União - PI - CEP: 64120.000 - Fone: (86) 3265-2187



SAMU
192

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:	M ^{re} dos Rencios	
Contato do Solicitante:	93831098	
SAÍDA DO PA:	19:38	CHEGADA AO LOCAL: 19:40
SAÍDA DO LOCAL:	19:50	
CHEGADA AO HOSPITAL:	19:59	SAÍDA DO HOSPITAL: 20:09
CHEGADA AO PA:	20:15	

NOME DO PACIENTE: sergio paulo Borges

SEXO: ☒ MAS ☐ FEM IDADE:

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Chaparral

TIPO DE OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Moto
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Acidente de Carro
<input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Mal Súbito
<input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica	<input type="checkbox"/> Já Removido	<input type="checkbox"/> Falso Chamado
<input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca <input type="checkbox"/> Fogo	<input type="checkbox"/> transferência hospitalar	<input type="checkbox"/> Queimadura
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Urgem. Clínica:	

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	DUPILAS	PARA
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Iguais	<input type="checkbox"/> Normal
<input checked="" type="checkbox"/> Responde ao Comando	<input checked="" type="checkbox"/> Desiguais	<input checked="" type="checkbox"/> Confusa
<input type="checkbox"/> Responde a Dor	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> Nenhuma
<input type="checkbox"/> Sem resposta		

PULSO RADIAL:	<input checked="" type="checkbox"/> FORTE	<input type="checkbox"/> FRACO	<input type="checkbox"/> LEVE	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> AUSENTE
---------------	---	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

SINAIS VITAIS	1º Verificação	2º Verificação
TEMP.	19:50	
SATURACÃO	93	
P.A.	140x80	
PULSO	82	
RESPIRAÇÃO	18	
GLICEMIA	132	
TEMPERATURA	36.1	

OBSERVAÇÕES:

paciente vítima de acidente de moto, com dor na região lombar e dor no membro superior direito.

Esta cópia conferir com o original
Em 04/10/18

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Ass. Obstétrica
<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha	<input type="checkbox"/> Hemostasia
<input type="checkbox"/> Reanimação Cardio-Resp	<input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical	<input type="checkbox"/> Curativo
<input type="checkbox"/> Ventilação Artificial	<input checked="" type="checkbox"/> KED	
<input type="checkbox"/> Monitorização	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso - Solução	
<input type="checkbox"/> Outros		

Kerly da Silva Pereira
Enfermeiro COREN-PI 479.440
Coordenadora do SAMU União-PI
CPE: 000.000.000-00

ENTRADA NO HOSPITAL

<input type="checkbox"/> Melhorando	<input type="checkbox"/> Severa Gravidade	<input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Piorando	<input type="checkbox"/> Média Gravidade	<input type="checkbox"/> Óbito antes do Socorro
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Pequena Gravidade	<input type="checkbox"/> Óbito no transporte
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Ileso	

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO:

SOCORRISTA:

RECEPCAO DO HOSPITAL:

MEDICO(A) / ENFERMEIRO(A)





Prefeitura Municipal de União – PI
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU
Travessa Filintro Rêgo N° 99 Centro.
União – PI - CEP: 64120.000 – Fone: (86) 3265-2187



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, serem verdadeiras as informações contidas nesta cópia de atendimento em anexo do (a) paciente:

Jose de Pinho Borges -
Onde o mesmo (a) foi vítima de: Acidente de moto, colisão com animal sem uso do capacete, Fratura de clavícula e.

E socorrido pela equipe da Unidade de Suporte Básico do SAMU desta cidade. Na data: 09/06/18 por volta das 19:30 na localidade chaparral.
ponto de referência prox da ponte.

Solicitada por: maria dos Remedios B. M. Cunha.

O (a) mesmo (a) solicita esta cópia, para: seguro DPVAT.

Sem mais para o momento.

Firmo e dou fé.


Coordenador do SAMU/União – PI.

Kerlly da Silva Pereira
Enfermeiro COREN-PI 479.440
Coordenador do SAMU/União-PI
CPF: 019.505.793-79

Recebido por:

Maria dos Remedios Borges M. Cunha

Em: 04/07/18.



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 01.467.48/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal: 17/Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime e postal de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 012468349

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

CONTA	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	25/10/2018	168	177,22

MARIA DE PINHO BORGES MENDES
PV BELA FONTE SN B-RURAL
CPF: 00063745844300
CEP: 64.120-000 - UNIAO

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	15030	Atual:	17/10/2018
Anterior:	14862	Anterior:	17/09/2018
Consumo de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	19/11/2018
Consumo:	168	Anterior:	16/10/2018
Consumo Faturado:	168	Apresentação:	17/10/2018
NORMAL		30	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Est.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	AB78432			

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
SET/18 157	CONSUMO 168 A R\$ 0,834032 = 140,11
AGO/18 134	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 18,27
JUL/18 114	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 7,47
JUN/18 134	MULTA POR ATRASO (2X) 4,19
MAY/18 125	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 7,18
ABR/18 152	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 8 39
MAR/18 136	
FEV/18 162	
JAN/18 170	
DEZ/17 165	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
DA 168 - 0,804090

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 09/2018 Valor R\$: 147,88
Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/11/2018, em função das contas vencidas desta fatura. O pagamento deve ser efetuado até o dia 10/11/2018 para evitar a suspensão do fornecimento. Caso contrário, a unidade consumidora deverá arcar com as despesas de energia elétrica e com as despesas de manutenção da rede elétrica. O pagamento deve ser efetuado até o dia 10/11/2018 para evitar a suspensão do fornecimento. O pagamento deve ser efetuado até o dia 10/11/2018 para evitar a suspensão do fornecimento.

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

RESERVAÇÃO DO PISCO 4B4C.E340.057E.E0C2.487E.BEF8.441F.0001

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 28,98	Base de Cálculo: 140,11
Energia: 55,09	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 8,66	Valor do ICMS: 30,82
Encargos: 8,77	Valor do PIS: 2,38
Tributos: 38,61	Valor do COFINS: 6,41

INDICADORES DE CONTINUIDADE

12,76 25,53 51,05 8,65 16,09 32,18 6,99
1,75 2,00 1,33

UNIAO

08/2018

39,08

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0918602-6	177,22
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	25/10/2018
Nº da Nota Fiscal: 012468349 FCM	

83680000001 7 77220017000 3 00000000918 3 60261018008 8



SEQ.: 00103 UC: 0918602-6 DT. LEIT.: 17/10/2018 T. ENTR.: 01
LEITURA: 15030 NORMAL TOTAL: 177,22 CARGA: 003
DT. VENC.: 25/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 7541



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000841/2018-07

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Renilson Sousa Santos

Data/Hora: 03/07/2018 - 11:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

LOCALIDADE SÃO FELIPE, ZONA RURAL DE UNIÃO, Nº

Complemento

Data/Hora

09/06/2018 - 19:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

PESQUE/PAGUE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VALTER JUNIOR CUNHA

RG: 3210095 SSP PI

Mãe: ROSÂNGELA LINA DA CUNHA

Endereço: LOCALIDADE DIVINÓPOLIS, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEICULO/Noticiante

Nome: JOSE DE PINHO BORGES

RG: 1321746 SSP PI

Mãe: MARIA DE PINHO BORGES

Endereço: LOCALIDADE BELA FONTE, ZONA RURAL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: VITIMA

Nome: MILAGRES DE AZEVEDO SOUSA

Mãe: JACINTA GONÇALVES DE AZEVEDO

Endereço: LOCALIDADE SÃO FELIPE, ZONA RURAL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - YAMAHA. YBR125K

2014 PIB5172

9C6KE1950E0028243

01225116403

Preta

Condutor: VALTER JUNIOR CUNHA

RG: 3210095 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE DIVINÓPOLIS Número: Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: VALTER JUNIOR CUNHA

End: LOCALIDADE DIVINÓPOLIS Número:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Ricardo Moura Lemos de Oliveira
Delegado de Polícia
Mat: 27 1224-5

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIANTE COMPARECEU PARA COMUNICAR QUE NA DATA DE 09/06/2018 POR VOLTA DAS 19:30 HORAS CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA PI-112 INDO SENTIDO TERESINA/UNIÃO CARREGANDO NA GARUPA SEU CUNHADO DE NOME JOSÉ DE PINHO BORGES, BRASILEIRO, NATURAL DE UNIÃO-PI, RG: 1.321.746 SSP-PI CPF: 704496943-72, NASCIDO EM 18/06/1960, FILHO DE MARIA DE PINHO BORGES, RESIDENTE NA LOCALIDADE BELA FONTE, ZONA RURAL DE UNIÃO-PI; QUE DURANTE O PERCURSO, NAS PROXIMIDADES DO PESQUE/PAGUE, UM ANIMAL(JUMENTO) TENTOU ATRAVESSAR A VIA; QUE ENTÃO O NOTICIANTE NÃO CONSEGUIU FREAR A TEMPO, O QUE OCASIONOU O CHOQUE DA MOTO COM O

Boletim de Ocorrência emitido em: 03/07/2018 11:33 - SisBO@2011-2018 AT1

Página 1/2

Valter Junior Cunha





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000841/2018-07

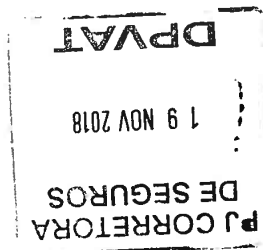
ANIMAL; QUE EM DECORRÊNCIA DA BATIDA JOSÉ DE PINHO SOFREU TOMBAMENTO LATERAL; QUE O NOTICIANTE TAMBÉM CAIU, PORÉM NÃO SOFREU LESÕES; QUE APÓS A QUEDA JOSÉ DE PINHO COMEÇOU A SANGRAR PELO NARIZ E OUVIDO DIREITO; QUE JOSÉ DE PINHO FOI LEVADO PELO SAMU ATE O HOSPITAL DE UNIÃO ONDE FOI CONSTATADO FRATURA NA CLAVICULA ESQUERDA E UMA LESÃO NO CRÂNIO; QUE APÓS RECEBER OS PRIMEIROS SOCORROS NO HOSPITAL CITADO TEVE DE SER ENCAMINHADO A NOITE PARA O HUT EM TERESINA ONDE PERMANECEU INTERNADO POR 07(SETE) DIAS; QUE NEM O NOTICIANTE E NEM JOSÉ DE PINHO UTILIZAVAM CAPACETES; QUE O NOTICIANTE NÃO POSSUI CNH; ERA O QUE TINHA PARA COMUNICAR.

Renilson Sousa Santos - Mat. 2868067
AGENTE DE POLÍCIA

VALTER JUNIOR CUNHA - Noticiante
Responsável pela Informação

Ricardo Moura Lemos de Oliveira
Delegado de Polícia
Mat. 27.1224-5

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 704.496.943-72 Nome completo da vítima: JOSE DE PINHO BORGES

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

Nome completo: JOSE DE PINHO BORGES CPF: 704.496.943-72

Profissão: Recusado Endereço: R. BELA FONTE Número: 571 Complemento: _____

Bairro: B-RURAL Cidade: União Estado: Piauí CEP: 64-120.000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 99549-2565

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 19599 (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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 704.496.943-72 Nome completo da vítima: JOSE DE PINHO BORGES

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

Nome completo: JOSE DE PINHO BORGES CPF: 704.496.943-72

Profissão: Recusado Endereço: R. BELA FONTE Número: 571 Complemento: _____

Bairro: B-RURAL Cidade: União Estado: Piauí CEP: 64-120.000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 99549-2565

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 19599 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSE DE PINHO BORGES

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): AUTOMAS DA SILVA BORGES

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180541593

Vítima: JOSE DE PINHO BORGES

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE DE PINHO BORGES

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00929/00930 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13613898



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE PINHO BORGES

Nº Sinistro: 3180541593

Vítima: JOSE DE PINHO BORGES

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180541593**.

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 13611653

Pag. 00237/00238 - carta_01 - INVALIDEZ

00020119



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE PINHO BORGES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000019599-5

Nr. da Autenticação 73814FA52050168E



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417357/18

Número do Sinistro: 3180541593

Vítima: JOSE DE PINHO BORGES

Data do acidente: 09/06/2018

CPF: 704.496.943-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DE PINHO BORGES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
CPF: 496.923.053-68

ANTONIO DA SILVA BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417357/18

Vítima: JOSE DE PINHO BORGES

CPF: 704.496.943-72

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 09/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DE PINHO BORGES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO DA SILVA BARROS : 496.923.053-68

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

JOSE DE PINHO BORGES : 704.496.943-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/11/2018
Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
CPF: 496.923.053-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO DA SILVA BARROS

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

OUTORGANTE:

Nome: JOSE DE PINHO BORGES
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 1.321.746, SSP-PIALÍ
CPF: 704.496.943-72
Profissão: _____
Endereço: AV. BELA FONTE, S/N, B-RURAL
CEP: 64-120.000
Telefone: (86) 9 9583-1091 e 99515-2010 e 99549-2565

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 1.322.126, SSP-PIALÍ
CPF: 496.923.053-68
Profissão: _____
Endereço: RUA CANINDE, 2088, CENTRO-UNIAO-PI
CEP: 64-120.000
Telefone: (86) 9 9534-5752

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: JOSE DE PINHO BORGES

União-PI, 12 de novembro 2018

Local e data

JOSE DE PINHO BORGES

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO MATHIAS QUAREZMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIAO-PI
Rua Antônio Lobato, s/nº - Centro - União - PI - Fone: (86) 3265.1411 - CNPJ 01.312.472/0001-42
Mário Delina Pinheiro do Nascimento - Tabelião Público - União - Piauí - Brasil
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE DE PINHO BORGES. DOU FE EM TEST. DA VERDADE UNIAO-PI, 07/11/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,2 Total: 4,71 Selo: ABI 71708 (F560P67)
MARIO DELINA PINHEIRO DO NASCIMENTO - Tabelião



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180541593 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE PINHO BORGES **Data do acidente:** 09/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE 3º AO 8º ARCOS COSTAIS ESQUERDO.
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO(FRATURA DA PAREDE LATERAL E BASE DA ÓRBITA DIREITA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO)PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 22/10/2018, ASSINADO POR DR. CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA, CRM:3918, DO HOSPITAL MUNICIPAL DE TERESINA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180541593 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE PINHO BORGES **Data do acidente:** 09/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE 3º AO 8º ARCOS COSTAIS ESQUERDO.
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO(FRATURA DA PAREDE LATERAL E BASE DA ÓRBITA DIREITA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO)PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 22/10/2018, ASSINADO POR DR. CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA, CRM:3918, DO HOSPITAL MUNICIPAL DE TERESINA.

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.327.176	DATA DE EXPEDIÇÃO	11/09/13
NOME	ANTONIO DA SILVA BARROS		
FILIAÇÃO	MARIA COUTINHO DA SILVA BARROS JOÃO MENEZES BARROS		
NATURALIDADE	UNIAO-PI	DATA DE NASCIMENTO	27/07/1973
DOC. ORIGEM	CERT.NASC. 1402 L 42 F 252		
CPF	EXP UNIAO-PI 08/09/05		
TERESINA - PI	496 923 053-18		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

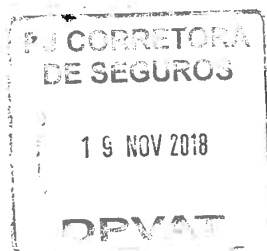
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Antonio da Silva Barros
0258825 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011643319560
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N. TRC EXERCÍCIO
1 01225116403 0015

NOME
VALTER JUNIOR CUNHA

CPF / CNPJ PLACA
05217866306 P1B-5172

PLACA ANT. / UF CHASSI
9C6KE1950E0028243

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 2013 2014

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 2013 2014

CAP. POT. CIL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
02P/0124CC PARTICU PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
1º IPVA

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS
2º 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO 004,15 001,10 202,01

OBSERVAÇÕES
A/TID. BANCO PANAMERICANO S/A

LOCAL DATA
18/05/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 011643319560 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 18/05/2015

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 05217866306 P1B-5172

RENAVAM MARCA / MODELO
01225116403 YAMAHA/YBR125 FACTOR K1

ANO FAB. CAT. TAB. Nº CHASSI
2013 09 9C6KE1950E0028243

PREMIO TARIFARIO
FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,03 014,33 143,36

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TO ALA SERVIDOR DO SEGURO (R\$)
004,15 001,10 202,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA PARCELADO 18/05/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT





E-mail: direcao.hospital.hmu.pi@gmail.com

PK 13

paleo 87
6c 132

sem documento

22400

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:	SERVIDOR: <i>Somahya</i>	DATA: <i>09/06/18</i>	HORA: <i>20:00</i>
01. DADOS DO PACIENTE.			
NOME: <i>José Pinho Borges</i>	DN: <i>18/06/60</i>	ID:	SEXO: <i>M</i>
NOME DA MÃE: <i>Maria de Pinho Borges</i>			
CNS:	RG: <i>1.331.746</i>	CONTATO:	
ENDEREÇO: <i>Bela fonte</i>	CEP: <i>64.120-000</i>		
BAIRRO: <i>Z. Rural</i>	CIDADE: <i>União</i>	UF: <i>PI</i>	
FORMA DE ENCAMINHAMENTO:			
<input type="checkbox"/> DEMANDA ESPONTANEA <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE <input checked="" type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS			
02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.			
MOTIVO DA PROCURA: <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRIA			
S. VITAIS/FC:	PA:	SAT.O2:	T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:
DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:			
OBSERVAÇÕES:			
VERMELHO <input type="checkbox"/> LARANJA <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> AZUL <input type="checkbox"/>			
HORÁRIO: ENFERMEIRO(A): CONSELHO/REGISTRO:			
03. HISTORIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO			
<i>história clínica - a pedido de um familiar - segundo os dados e livros de saúde</i>			
04. EXAMES COMPLEMENTARES: <input type="checkbox"/> LABORATORIAL <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US			
05. DIAGNÓSTICO			
<i>TCE</i>			
CONFERE COM O ORIGINAL DATA: <i>26/06/18</i> <i>Antônia R. Viana da Silva</i> ANTONIA R. VIANA DA SILVA J. CORRETORA DE SEGUROS 19 NOV 2018 DPVAT			
06. PRESCRIÇÃO MÉDICA			
<i>copiar p. HCE</i>			
07. CONDUTA			
<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> EVASÃO TRANSFERIDO PARA: <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE			
08. HORA/SAÍDA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> NÃO URGÊNCIA			
MÉDICO/CRM: ENFERMEIRO(A)/COREN: PACIENTE:			
<i>Dr. Valtér Sá Lima</i> CRM 2058 CPF: 078.708.533-05 ENFERMEIRO(A) COREN			





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNI. DE CONTROLE, AVLIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA-DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA 09/06/18 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE Hosp. Dr. José da Rocha Frutado MUNICÍPIO União
MÉDICO: Valter CRM: 2058

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: João Pinho Borges
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Sexo: (X) Masculino () Feminino
CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde _____

Município de Procedência _____

HDA: paciente vitual de acidente de trânsito, devido a
colisão com suposto veículo e a
distância elevada.

HD: _____

ESCALA DE GLASGOW _____

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

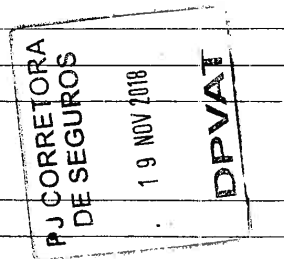
SINAIS VITAIS

T ex ____°c P: 75 bpm R: ____ mm PA: 140/80 mmHg As: O: 92% Glicemia: 132 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar) _____
- () Curativo () Outros _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)



Valter
Assinatura do Médico
CRM 2058
CPF: 075.703.533-05

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clinica/Posto: _____

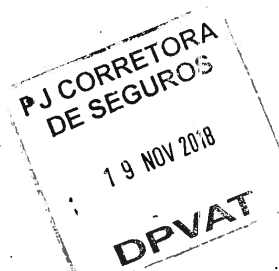
Senha: ID 29328

Aut. 252401883





NOME DO PACIENTE: João de Pinho Borges
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 479064



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





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

C. Geral

Orto-pedia

SUS SUS

Imp: 09/06/2018 23:28:17

(User: MARCELO RICARDO)
(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOSE DE PINHO BORGES	Prontuário:	479064
Mãe:	MARIA DE PINHO BORGES	Pai:	
End. Resid.:	POV DIVINIPOLIS - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento:	18/06/1960	Idade:	57a11m21d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99515-2010
Responsável:	MARIA DOS REMEDIOS	CNS:	706403638646289
Profissão:	LAVRADOR	CPF:	* RG: 1321746 - PI
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	669110	Data:	09/06/2018 23:25:53	Condução:	AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de trânsito em uso de capacete de segurança apresentando A-Vias aéreas permeáveis; B-MVO, Torax simétrico, S.O. 98%; C-Pulso cheio, regular; Abdome flácido; Pelve estável; D-Pupílas isocóricas, reage a luz e acomodação em face e mmss.

PA: 100/60 mmHg; FC: 103 bpm; S.O.: 98%.

RAIO-X REALIZADO: DATA 09/06/2018, TÉCNICO: [assinatura]

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

* TC de crânio
* RX de coluna cervical, Torax, Pelve e ombros

DATA 09/06/2018, TÉCNICO: [assinatura]

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	() Família () IML () Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / /
ÓBITO:	Proced. Solicitado: 408010169 CID Compatível: S-42.1		

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. José Lucas Talles Ferreira Luz
MÉDICO
CRM-PI 1964

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



**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: 09/06/2018 23:28:17
(MARCELO RICARDO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JOSE DE PINHO BORGES		Prontuário: 479064
Mãe: MARIA DE PINHO BORGES		Pai:
End.Resid.: POV DIVINIPOLIS - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento: 18/06/1960	Idade: 57a11m21d	Sexo: Masculino Fone: 86-99515-2010
Responsável: MARIA DOS REMEDIOS		CNS: 706403638646289
Profissão: LAVRADOR		Documento: RG: 1321746 - PI
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 669110	Data: 09/06/2018 23:25:53	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 19/06/18 2:02	ESPECIALISTA: NCR
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE - GLESIER Coram normal / não cirúrgico Com suporte clínico	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
RAIO-X REALIZADO DATA 09/06/2018 Técnico:	
PJ CORRETORA DE SEGUROS 19 NOV 2018	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062511014448100000009927475>

Número do documento: 20062511014448100000009927475



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Joni Paul Borges
Diagnóstico pré-operatório Fratura do olecrânio (E)
Operação - Tipo RAFI do olecrânio (E)
Cirurgião Leandro Ponce 1º Assistente BSL. mariana
2º Assistente
Instrumentador(a) Anestesiado 3º Assistente Dr. Aldo José da Silva
Anestésico(a) Dr. Leandro Ponce Leal Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 2608 Medico Anestesiologista CRM-PI 4482
Data da Operação 31/06/19 Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- ① Penetração em cavidade do m. ad. ligamento do p. b.
- ② Anestesia + analgesia
- ③ Preparação do campo estéril
- ④ Incisão em curvatura (E) ao nível do olecrânio
- ⑤ Desbridamento por planos
- ⑥ Identificação + redução + fixação com p. b.
- ⑦ Suturas por planos
- ⑧ Curativos

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

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

Mod. 76 HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062511014448100000009927475>

Número do documento: 20062511014448100000009927475



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
JOSE DE LINO BOMEN	16179				
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: / / HORA: :	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>1 - Dieta geral</p> <p>2 - Sf 0,9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirone 01 amp + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 5x</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p>					
<p>Dr. Leocádio Soares</p> <p>ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM-PI 4468 - TEOT 12409</p>					

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062511014448100000009927475>

Número do documento: 20062511014448100000009927475

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
	1 2 3				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 100				
TEMPERATURA T	C°	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	SEQUÊNCIA		
P. ARTERIAL V O PULSO	38		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O					
SÍMBOLOS		DURAÇÃO			
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
Dr. Aldo José da Silva Médico Anestesiologista CRM-PI 4482					
PARTICULARIDADES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			

MOD 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14 / 06 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Jose de Pinho Borges</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>479064</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura de crânio (P)</u>	CIRURGIA: <u>laparotomia com placa</u>
ANESTESIA: <u>Bloqueio pleu</u>	Nº DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIÃO: <u>Leandro</u>	CPF Nº: <u>167786998-41</u>
AUXILIAR: <u>Estudante</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Alido</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Nelus</u>	CPF Nº: _____

Dr. LEANDRO PONCELEAL
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 2.608

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº <u>710</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>715</u>	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	-	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>Cupron</u>	11	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>eletrodo</u>	11		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>20</u>							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>010</u>				CIRCULANTE: <u>Valdineu</u>			
PROLENE							

05
PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 NOV 2018
DPVAT

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062511014448100000009927475>

Número do documento: 20062511014448100000009927475

Num. 10458609 - Pág. 28

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE PINHO BORGES (Prontuário: 479064)**
Endereço: **POV DIVINIPOLIS - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000**
Nascimento: 18/06/1960 Idade: 57a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 669110
Requisição: 845363 Solicitação: 09/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1045503 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/06/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURAS NA PAREDE LATERAL E BASE DA ÓRBITA DIREITA, BEM COMO NO SEIO MAXILAR DIREITO.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/06/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE PINHO BORGES** (Prontuário: 479064)
Endereço: POV DIVINIPOLIS - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 18/06/1960 Idade: 57a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 669110
Requisição: 845398 Solicitação: 10/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1045556 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 10/06/2018

T.C. DE OMBRO ESQUERDO

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO OMBRO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMPLETA NA DIÁFISE DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
- FRATURA COMPLETA DESALINHADA COMPROMETENDO A PORÇÃO INFRAESPINHAL DA ESCÁPULA ESQUERDA.
- FRATURAS NOS ASPECTOS LATERAIS DO 3° AO 8° ARCOS COSTAIS ESQUERDOS.
- SUPERFÍCIES E ESPAÇOS ARTICULARES PRESERVADOS.
- AUMENTO DE VOLUME DAS PARTES MOLES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/06/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: JOSE DE PINHO BORGES
Data do exame: 20/08/2018

Id Paciente: LA396067
Data do laudo: 21-08-2018

Raio X da Clavicula Esquerda

Controle evolutivo de fratura na diafise clavicular fixada com placa e parafusos metálicos

Espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações.

Dr. Leonardo do Rego Motta Veloso
Médico Radiologista
CRM-PI: 3013





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE DE PINHO BORGES

Data do exame: 09/10/2018

Id Paciente: LA396067

Data do laudo: 16-10-2018

Raio X da Clavícula Esquerda

- Fratura na diáfise clavicular fixada por placa e parafusos metálicos.
- Espaço e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

Dr. Francisco Edward
Médico Radiologista
CRM-PI: 2738





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: JOSE DE PINHO BORGES
Data do exame: 20/08/2018

Id Paciente: LA396067
Data do laudo: 21-08-2018

Raio X da Clavicula Esquerda

Controle evolutivo de fratura na diafise clavicular fixada com placa e parafusos metálicos

Espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações.

Dr. Leonardo do Rego Motta Veloso
Médico Radiologista
CRM-PI: 3013





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE DE PINHO BORGES

Data do exame: 09/10/2018

Id Paciente: LA396067

Data do laudo: 16-10-2018

Raio X de Ombro Esquerdo

- R redução difusa da densidade mineral óssea.
- Fratura na diáfise clavicular fixada por placa e parafusos metálicos.
- Espaço e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

Dr. Francisco Edward
Médico Radiologista
CRM-PI: 2738





Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série
Série A - Nº
13810

Carimbo da Unidade de Saúde

05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINEU ARAÚJO"
Rua Magalhães Filho, nº 152/Centro
CEP 64001-350

Nome do paciente

José de Pinho Braga

Número do Prontuário

Endereço

Bairro

**CORRETORA
DE SEGUROS**

19 NOV 2018

DPVAT

Atestado médico

*Atesto para os dados fornecidos
paciente relatando que o fratura de
clavícula é consolidada após tratamento
do membro; paciente evoluiu com
perda funcional de 20% e perda de
força muscular de 20%.*

Data

22.10.18

Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3918 / TEOT: 13135

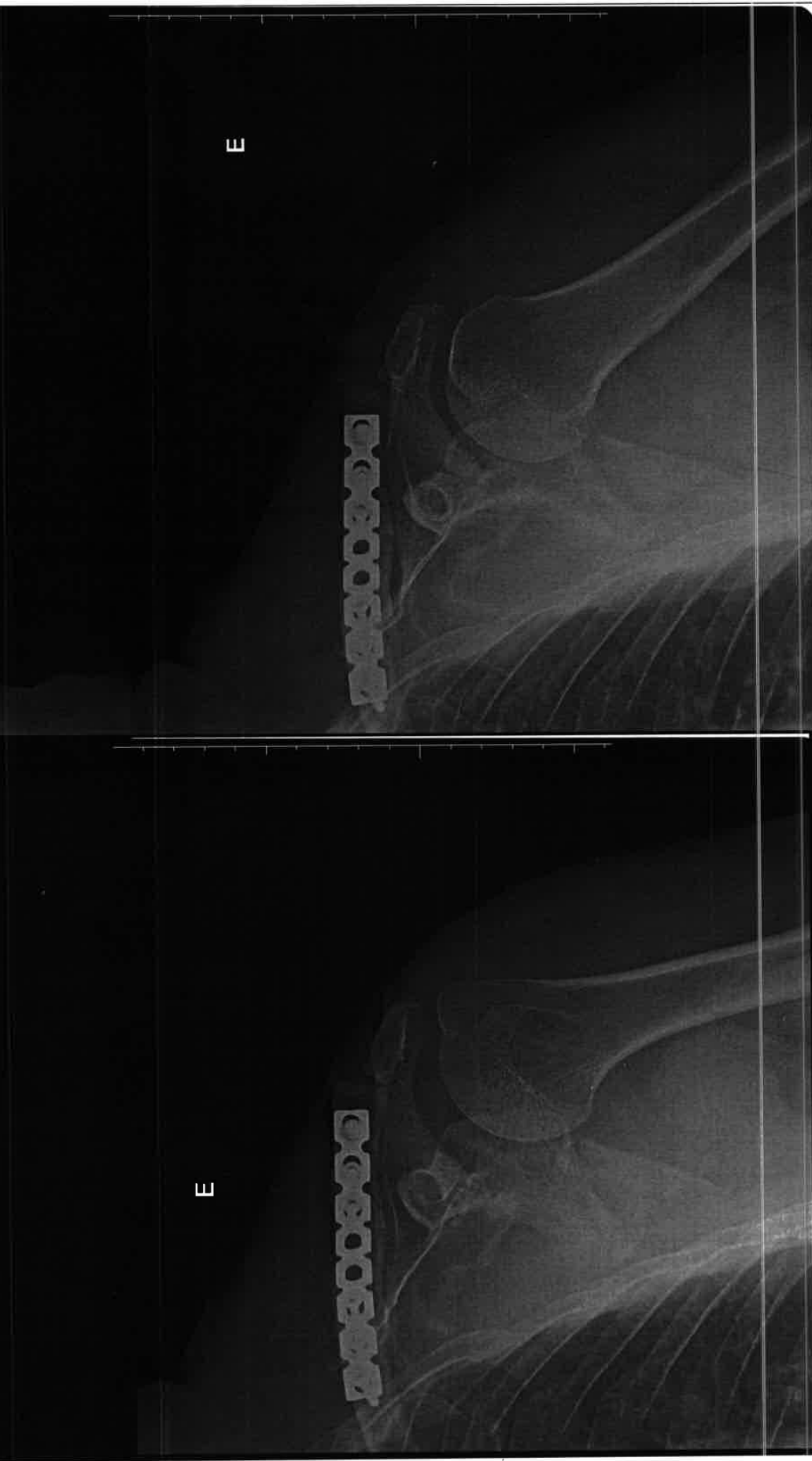
Carimbo e assinatura do(a) profissional



JOSE, DE PINHO BORGES
058Y M LA396067
Nasc.: 18/06/1960
OMERO ESQUERDO
CHEST
Im: 1 / 2
1976 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA JOSE, DE PINHO BORGES
09/10/2018 058Y M LA396067
10:25:04 Nasc.: 18/06/1960
OMERO ESQUERDO
CHEST
Im: 2 / 2
1976 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
09/10/2018
10:25:04



W: 1023 L: 511

58.41% W: 1023 L: 511

58.41%



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062511014448100000009927475>

Número do documento: 20062511014448100000009927475

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
20/08/2018
14:29:51

E

JOSE DE PINHO BORGES
0587 O LA395067
Nasc: 18/06/1960
QUIERO ROTACAO EXTERNA
CHEST
Im: 1 / 2
1916 X 1576

63.95%

W: 1023 L: 511



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062511014448100000009927475>

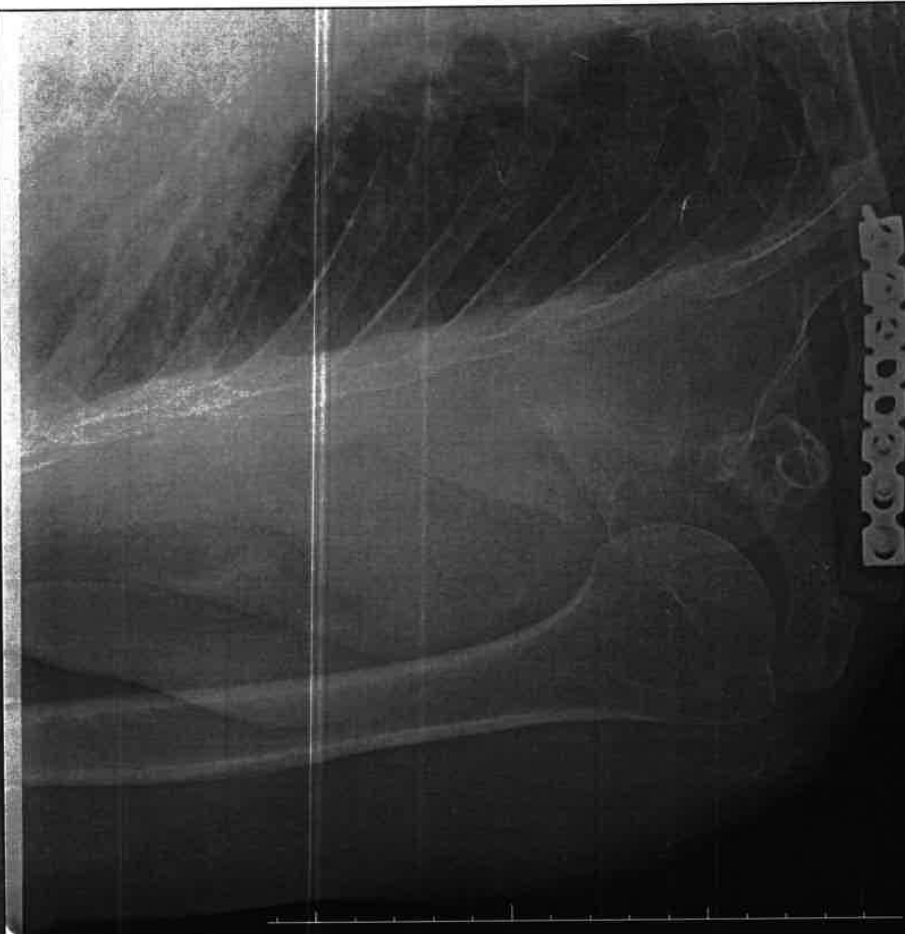
Número do documento: 20062511014448100000009927475

JOSE, DE PINHO BORGES
058Y O LA390067
Nasc: 18/06/1960
OIMPRO ROTACAO EXTERNA
CHESI
Im: 1 / 2
1976 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA JOSE, DE PINHO BORGES
20/08/2018 058Y O LA390067
14:29:51 Nasc: 18/06/1960
CLAVICULA
CHESI
Im: 2 / 2
1760 X 2140

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
20/08/2018
14:29:51

E



E



W: 1023 L: 511

58.41% W: 1023 L: 511

32.26%



JOSE, DE PINHO BORGES
0587 O LA396067
Nasc: 18/06/1960
CLAVICULA

CHEST
Im: 2 / 2
1700 X 2140

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA

20/08/2018
14:29:51



E

W: 1023 L: 511

53,8596

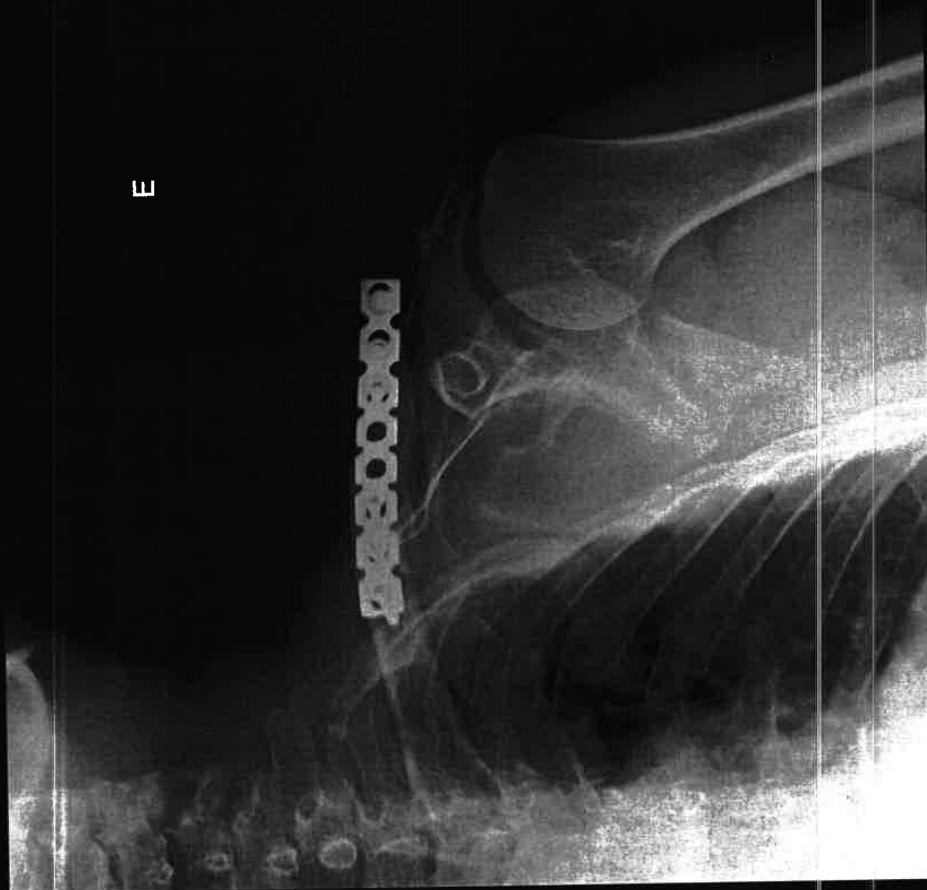


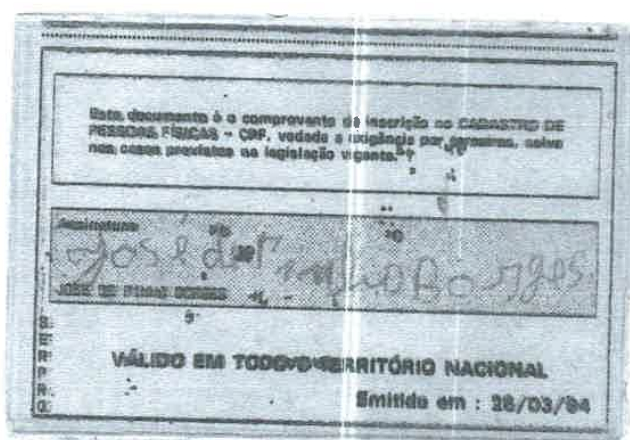
E

53.85%

JOSE, DE PINHO EOPHIGES
058Y, M, LA396067
Nasc: 18/06/1960
CLAVICULA
CHEST
1750 X 2140

W: 1023 L: 511





PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VALTER JÚNIOR CUNHA,

RG nº 3.210.095, data de expedição 17/07/08,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 052.178.663-06, com domicílio na cidade de UNIÃO, no Estado de

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

LOCALIDADE DIVINÓPOLIS, nº 5110

complemento B-RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JOSE DE PINHO BORGES cujo o condutor era

VALTER JÚNIOR CUNHA

Veículo: YAMAHA / YBR 125 K1

Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: PIB-5172

Chassi: 9C6KE1950E0028243

Data do Acidente:

Local e Data: 09-06-2018

Valter Junior Cunha
Assinatura do Declarante

*Valter Junior Cunha

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

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
Rua Antônio Lobato, s/nº - Centro - União - PI - Fone: (86) 3265-1343 - CNPJ: 01.312.472/0001-42
Maria Delfina Pinheiro do Nascimento - Tabelião Pública / Lucinete Oliveira Vianna - Escrivã Substitua

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: VALTER JÚNIOR CUNHA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE
UNIÃO-PI, 28/11/2018. Empl.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,22
Total: 4,71 Selo: ABL 42094 (FSCOP10)

RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABL 42094

PAYROLL DE LAVOR MATHIAS-TABELIAO INTERINO



Corretora
DE SEGUROS

29 NOV 2018

DPVAT



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valter Júnior Cunha,
RG nº 3.210.095, data de expedição 17/07/08,
Órgão SEP-PI, portador do CPF nº 052.178.663-06 com
domicílio na cidade de União, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Localidade Divinópolis, nº 512
complemento B-RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE DE PINHO BORGES, cujo o condutor era
Valter Júnior Cunha
Veículo: YAMAHA/YBR-125 K1
Modelo: 2014
Ano: 2013
Placa: PIB-1572
Chassi: 9C6KE1950E0028243
Data do Acidente: 09-06-2018
Local e Data: 09-06-2018



Assinatura do Declarante

*Valter Júnior Cunha

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

COMARCA DE UNIÃO

CARTÓRIO MATHIAS

SEGUNDO OF

MARIA DELINA PINHEIRO D

Tabela Pública e Oficial

LUCINETE OLIVEIRA

Escreva

Fone/Fax: 3265-13

