

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface. The main window displays a document titled "10458606 - CONTESTAÇÃO (2729208 CONTESTACAO 01)" from "JOSE DE PINHO Borges X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO ...". The left sidebar shows a tree view of documents, including "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and several attachments like "10458606 - CONTESTAÇÃO (2729208 CONTESTACAO 01)", "10458609 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)", and "10458612 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)". The right panel shows a preview of a PDF titled "downloadBinario.seam" with page 1/11, featuring the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE UNIAO/PI". Below the preview is the text "PROCESSO: 08001143020198180076". The bottom navigation bar includes links for "prot + proc adm.pdf", "prot + contestação.pdf", "pa.pdf", "cont.pdf", and "prot + peça.pdf". The status bar at the bottom right shows the date "25/06/2020" and time "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
10458 609	25/06/2020 11:01	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



o cartão do
brasileiro



CTCE FORTALEZA CE PL8

ANTONIO DA SILVA BARROS
RUA CANIDE Nr.2088

CENTRO
64120-000 - UNIAO - PI



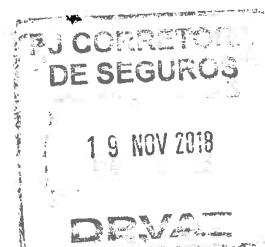
141311197302212000000221230210518



PB201530
IEFETC
1078



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



Central de Atendimento:
3003-3210 Capitais e Regiões Metropolitanas
8000 725-3210 Demais Regiões
DEVOLUGAÇÃO ELETTRÔNICA - CEDO
EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAMS - ECT

brasileiro
o cartão do



Reintegrado ao serviço postal em
 Pode ser devolvida
 Recusado
 Desconhecido
 Não procurado
 Ausente
 Não existe o número indicado

Resposta avale:

PARA USO DOS CORREIOS

Reintegrado ao serviço postal em

Pode ser devolvida
 Recusado
 Desconhecido
 Não procurado
 Ausente
 Não existe o número indicado



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251101444810000009927475>
Número do documento: 2006251101444810000009927475

Num. 10458609 - Pág. 1



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, Antônio RA SILVA Borges inscrito (a) no CPF/CNPJ 496.923.053 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ DE PINHO BORGES inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.456.943 72, do sinistro de DPVAT cobertura j PA da Vítima JOSÉ DE PINHO BORGES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.496.943 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	Rua Canindé	Número	2088	Complemento	Residência
Bairro	Centro	Cidade	UNIÃO	Estado	PIAUÍ
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-5752

J CORRETORA
DE SEGUROS

UNIÃO-PI 12 de novembro de 2018

Local e Data

19 NOV 2018

Assinatura da Silve Borges
Assinatura do Declarante

DPVAT





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



SAMU
192

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:	M. dos Reis	
Contato do Solicitante:	93031098	
SAIDA DO PA:	19:38	CHEGADA AO LOCAL: 19:40
CHEGADA AO HOSPITAL:	19:59	SAIDA DO HOSPITAL: 20:09

NOME DO PACIENTE: José P. alvo Berger

SEXO: () MAS () FEM IDADE:

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Chapeauvel.

TIPO DE OCORRÊNCIA

() Envenenamento	() Agressão Física	() Acidente de Moto
() Choque Elétrico	() Afogamento	() Acidente de Carro
() Urgência Obstétrica	() Queda	() Mal Súbito
() Urgência Pediátrica	() Já Removido	() Falso Chamado
() Ferimento Arma Branca () Fogos	() transferência hospitalar	() Queimadura
() Atropelamento	() Urgem. Clínica:	

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PUPILAS	FALA
() Alerta	() Iguais	() Normal
(x) Responde ao Comando	(x) Desiguais	() Confusa
() Responde a Dor	() OUTROS	() Nenhuma
() Sem resposta		

PULSO RADIAL:	() FORTE	() FRACO	() LEVE	() MODERADO	() AUSENTE

SINAIS VITAIS	1º Verificação	2º Verificação
P脉	19:50	
SATURAÇÃO	93	
P.A	110/70	
PULSO	32	
RESPIRAÇÃO	15	
GLICEMIA	132	
TEMPERATURA	36.1	

OBSERVAÇÕES:

paciente vestiu de casual,
 bala suja, com dor no
 lado esquerdo e descontrole
 urinário suspeito de fratura de
 clavícula E

Esta cópia confere
 com o original
 Em 01/11/18

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
() Aspiração	(x) Imobilização de extremidades	() Ass. Obstétrica
() Oxigênio	(x) Prancha	() Hemostasia
() Reanimação Cardio-Resp	(x) Colar Cervical	() Curativo
() Ventilação Artificial	(x) KED	
() Monitorização	() Acesso Venoso -Solução	
() Outros		

Kerilly da Silva Pereira
 Enfermeiro COREN/PI 479.400
 Coordenador SAMU União-PI
 CRM/PI 003.703-79
 CPF: 001.685.700-00

ENTRADA NO HOSPITAL		
() Melhorando	() Severa Gravidade	() Indeterminado
() Piorando	() Média Gravidade	() Óbito antes do Socorro
() Inalterado	() Pequena Gravidade	() Óbito no transporte
() Coma	() Ileso	

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO:

SOCORRISTA:

RECEPÇÃO DO HOSPITAL:

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)

Dr. Valter Salles
 CRM 2008
 CRF 005.703-79





192

Prefeitura Municipal de União – PI
Serviço de Atendimentos Móvel de Urgência – SAMU
Travessa Filinto 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:

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

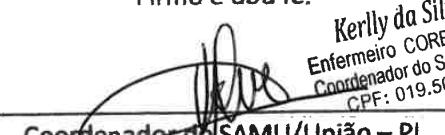
E socorrido pela equipe da Unidade de Suporte Básico do SAMU desta cidade. Na data: 09/06/18 por volta das 19:30 na localidade chapanal -
ponto de referência prox da pousada -

Solicitada por: Maria dos Remédios B. M. cunha -

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

Sem mais para o momento.

Firmo e dou fé.


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

Coordenador do SAMU/União – PI.

Recebido por:

Maria dos Remédios Borges - M. Cunha

Em: 04/07/18.





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Ma. 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 01.16748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota F. 17/Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime e Prazo de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0918602-6

Nº da Nota Fiscal 012468349

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

CONTAS	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	KWH	DATAS 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 Médio:	168	Entregada:	16/10/2018
Consumo Faturado:	168	Assentada/Ativa:	17/10/2018

NORMAL		30
Código/Subclasse	Ligação	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESIDENCIAL	MODO	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
	MONO	A579493			

HISTÓRICO KWH		DESCRIPÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
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
MAI/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:		0 A 168 - 0,684998	

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO					
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/11/2018 se não fizer das contas registradas na sua fatura. Caso o pagamento seja efetuado dentro de 15 dias úteis a partir da cobrança, o débito, juros, multas e/ou taxas existentes na fatura vencida(s) e já reembolsada(s) no dia de 03/10/18, 14,7% (dezoito por cento) sobre o passamento favor desconsiderar este aviso.			
LIGUE 2800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25					

RESERVADO AO FISCO 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:	1,38	
Tributos:	38,61		Valor do COFINS:	6,41	

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE					
12,76	25,53	51,05	8,65	16,09	32,18
1,75			2,00		1,33

UNIAO 08/2018 39,08

SEU CÓDIGO		TOTAL A PAGAR - R\$
0918602-6		177,22
10/2018	25/10/2018	

Nº da Nota Fiscal: 012468349 FCAM

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251101444810000009927475
Número do documento: 2006251101444810000009927475

Num. 10458609 - Pág. 5



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

1493 v. 1.0

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

Data/Hora

20º DP - UNIÃO

09/06/2018 - 19:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

UNIÃO

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

LOCALIDADE SÃO FELIPE, ZONA RURAL DE UNIÃO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PESQUE/PAGUE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VALTER JUNIOR CUNHA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

RG: 3210095 SSP PI

Mãe: ROSÂNGELA LINA DA CUNHA

Endereço: LOCALIDADE DIVINÓPOLIS, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Nome: JOSE DE PINHO BORGES

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1321746 SSP PI

Mãe: MARIA DE PINHO BORGES

Endereço: LOCALIDADE BELA FONTE, ZONA RURAL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Nome: MILAGRES DE AZEVEDO SOUSA

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Mãe: JACINTA GONÇALVES DE AZEVEDO

Endereço: LOCALIDADE SÃO FELIPE, ZONA RURAL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

J CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - YAMAHA YBR125K

Ano: Placa: Chassi:

2014 PIB5172 9C6KE1950E0028243

Renavam:

01225116403

Cor:

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: Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Ricardo Moura Lemos de Oliveira

Delegado de Polícia

Mat: 27 1224-5

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIANTE COMPARCEU 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; 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 ATI

Página 1/2





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

1493 v. 1.0

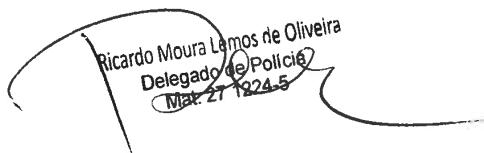
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000841/2018-07

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 ATÉ 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 PERMANECIU 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.

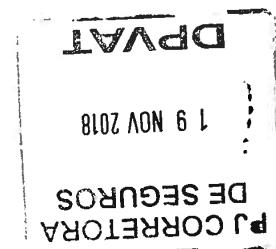
Walter Junior Cunha


Renilson Sousa Santos - Mat. 2868067
AGENTE DE POLÍCIA


VALTER JUNIOR CUNHA - Noticiante
Responsável pela Informação


Ricardo Moura Lemos de Oliveira
Delegado de Polícia
Mat. 271224-5

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:	Nome completo da vítima:	
	70449694372	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: Reusa	Endereço: Av. BELA FONTE	Número: 579	Complemento:
Bairro: B-RURAL	Cidade: UNIÃO	Estado: PIAUÍ	CEP: 64.120.000
E-mail:		Tel.(DDD): (86) 99549-2565	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 15599 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

PCORRETORA
DE SEGUROS

INVALIDEZ PERMANENTE

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. 39, §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.

DPVAT

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não | 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 19.11.18
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero 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:	Nome completo da vítima:
	70449694372	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:	CPF: 704.496.943-72	
Profissão:	Endereço:	Número: 579 Complemento:
Bairro: B-RURAL	Cidade: União	Estado: PIASU CEP: 64-120.000
E-mail:	Tel.(DDD): (86) 99549-2565	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECLUSO 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: 15599 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

PCORRETORA
DE SEGUROS

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.

DPVAT

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. 39, §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.

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 19.11.18
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero 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



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**.

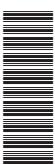
Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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.seguradoraslider.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.

0002019



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13611653



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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251101444810000009927475>
Número do documento: 2006251101444810000009927475

Num. 10458609 - Pág. 12

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417357/18

Número do Sinistro: 3180541593

Vítima: JOSE DE PINHO BORGES

CPF: 704.496.943-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2018

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO DA SILVA BARROS

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2018

Titular do CPF: JOSE DE PINHO BORGES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251101444810000009927475>
Número do documento: 2006251101444810000009927475

Num. 10458609 - Pág. 14

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: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 1.321.746, S5P-PIAUÍ

CPF: 704.496.943-72

Profissão:

Endereço: PL. 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 BORROS

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 1.327.176, S5D-PIAUÍ

CPF: 496.923.053-68

Profissão:

Endereço: RUA CANINDE, 2088, CENTRO-UNIÃO-PB

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 perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

JOSE DE PINHO BORGES

Local e data

UNIÃO-PB, 12 de novembro 2018

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PB
Rua Antônio Lobão, s/nº - Centro - União - PB - Fone: (86) 3265-1341 - CNPJ: 01.312.472/0001-42
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE DE PINHO BORGES, DOU FE EM TEST. DA VERDADE
UNIÃO-PB, 07/11/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,2 Total: 4,71 Selo: 0,1708 (F560P67)
MARIA DELINA PINHEIRO DO NASCIMENTO - Tabelia



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:

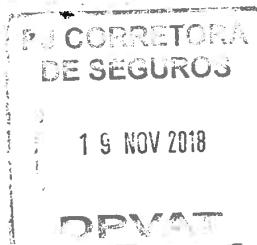
Observações: CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 22/10/2018, ASSINADO POR DR. CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA, CRM:3918, DO HOSPITAL MUNICIPAL DE TERESINA.

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 NOME FILIAÇÃO	1.327.176 ANTONIO DA SILVA BARROS MARIA COUTINHO DA SILVA BARROS JOÃO MENEZES BARROS
DATA DE EXPEDIÇÃO NATURALIDADE DOC. ORIGEM	11/09/13 TERESINA - PI UNIÃO-PI
DATA DE NASCIMENTO CERT. NASC. 1402 L 42 F 252 CPF EXP UNIÃO-PI 08/09/05 TERESINA - PI 496 923 053-16 ASSINATURA DO TITULAR LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251101444810000009927475>
 Número do documento: 2006251101444810000009927475

Num. 10458609 - Pág. 18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI N° 011643319560
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N. T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01225116403		2015
NOME			
VALTER JUNIOR CUNHA			

CPF / CNPJ	PLACA		
05217866306	PTR-5172		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
9C6KE1950P0028243			
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
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	1º IPVA	
J P V A	EADKA-IPVA	2º	
	PARCELAMENTO / COTAS	3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
A/TID. BANCO PANAMERICANO S/A			
LOCAL	DATA		
CEARA	2015		

PROTEÇÃO CONTRA DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI N° 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	PTR-5172
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01225116403	YAMAHA/YBR125 FACTOR K1	
ANO FAB	PLAQUE	NR CHASSI
2013	09	9C6KE1950P0028243
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,03	014,33	143,35
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVIÇO DO SEGURO (R\$)
004,15	001,10	242,01
PAGAMENTO		
X COTA UNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		18/05/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.249.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br





E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

F K + S

Julho 87
6c 132

22400

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: SERVIDOR: *Sanchaya* DATA: 09/06/18 HORA: 20:00

01. DADOS DO PACIENTE.

NOME: *José Pinho Borges* DN: 18/06/60 ID: SEXO: M

NOME DA MÃE: *Maria de Pinho Borges*

CNS: RG: 10321-746 CONTATO:

ENDEREÇO: *Bela fonte* CEP: 64120-000

BAIRRO: *Z. Rural* CIDADE: *união* UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

DEMANDA ESPONTANEA CENTRÔ DE SAÚDE SAMU PM BOMBEIRO OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA: TRAUMA CLÍNICO PEDIÁTRIA

S. VITAIS/FC: PA: SAT.02: T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

HORÁRIO: ENFERMEIRO(A): CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

*Kid artrose - de esquerda - se mala de esquerda -
Sangue no urinário e díctes*

04. EXAMES COMPLEMENTARES: LABORATORIAL RX US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 26/06/18

ANTONIA R. VIANA DA SILVA J. CORRETORA DE SEGUROS

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

Kid artrose - de esquerda -

19 NOV 2018

DPVAT

07. CONDUTA.

ALTA ÓBITO EVASÃO TRANSFERIDO PARA: INTERNAÇÃO OUTRA UNIDADE CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SÁIDA URGÊNCIA EMERGÊNCIA NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: ENFERMEIRO(A)/COREN: PACIENTE:

MÉDICO CRM

Dr. Valter Sá Lima
CRM 2058
CPF: 078.708.503-09ENFERMEIRO(A)
COREN



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE-SUPAS
Piauí
DIR. DE UNI. DE CONTROLE, AVILAÇÃO, 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 Furtado MUNICÍPIO União
MÉDICO: Valter CRM: 2058

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica () Trauma () Cirúrgico () Pediatra () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: José Pinho Borges Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento: / / Idade: _____ anos

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: _____

HDA: paciente vítima de acidente de trânsito, letalidade
cuidado com suspeita de óbito e
distância deslocar

HD: _____

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea

3 – Comandos

2 – Á 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

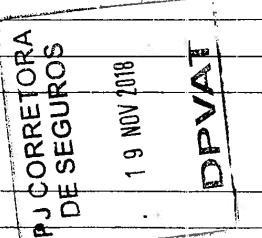
PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa

() Aspiração. () Medicação (especificar) _____

() Curativo () Outros _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)



HOSPITAL DE DESTINO

HUT

Hospital:

Clínica/Posto:

Assinado por Valter em nome do Médico
CRM 2058
CPF: 075.763.533-55

Senha: ID 29328

Aut. 252401883





NOME DO PACIENTE: José 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
ORTOPEDICO
SUS

Imp: 09/06/2018 23:28:17
(User: MARCELO RICARDO)
(Estação: RECEPCA002)

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	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de trânsito sem uso de capacete de segurança apresentando A-Vias aéreas patológicas; B-MVO, Torax instável, Soco 98%; C-Pulso fraco, regular; Abdome flácido; Pelve estavel; D-Pupilas irregulares. E-Escoriações em face e membro.

TC: 100 mmHg PA: 03.15 FC: bpm Soco: 98%

Ex: 2º Andar F: 09/06/18 04:30 DATA: 09/06/18 04:30

PA X mmHg PA: 03.15 FC: bpm Soco: 98%

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

* TC de crânio
* RX de coluna cervical, torax,盆ve, abdome e fôtons

DATA: 09/06/2018

Técnico:

B) Radiografia 1º + 2º esq 04:30 DATA: 09/06/2018

B) Radiografia 1º + 2º esq 04:30 DATA: 09/06/2018

<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina
<input type="checkbox"/> ALTA: Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão
<input type="checkbox"/> A Pedido	

DESTINO:

<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família
<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML
<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.

ÓBITO:

DATA SAÍDA: / / HORAS: NOV 2018

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

4030/0169

CID Compatível:

S-42-1

Dr. José Lucas Telles Ferreira LUE
MÉDICO
CRM-PI 4964

DR. EDNAN SOARES
PROFESSOR DE ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4462 - TE0112409

PJ CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura Paciente ou Responsável: Dr. José Lucas Telles Ferreira LUE
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		Frontuário: 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 20:00	ESPECIALISTA: NCR
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE : G15/1FF (Coração normal / não cardíaco) Col Suprimento clínico	Dr. Gustavo S. Noleto NEUROLOGIA Carimbo/Assinatura Prof. Solicitante

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 Carimbo/Assinatura Prof. Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_ _:_	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
--	----------------------------------





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 R. B. Borges

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do clavícula (①)

Operação - Tipo

RRAFI da clavícula (①)

Cirurgião

Leandro Ponce

1º Assistente

BSJ. Vitorina

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2008

Dr. Aldo José da Silveira
Anestesia
CRM-PI 4482

Anestésico(a)

Data da Operação

34/10/18

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Posição em cadarço do braço sob ilharga de gips
 - ② Desinserção + enxerto
 - ③ Preparo do campo estéril
 - ④ Incisão em ombro (①) ao nível da clavícula
 - ⑤ Divisões por planos
 - ⑥ Clavícula, coracô + redução + fixação com placa
 - ⑦ Sutura por planos
 - ⑧ Encadreio
- PJ CORRETORA
DE SEGUROS
- DPVAT
- 19 NOV 2018
- Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2008

Mod. 76 HUT





FMS Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE José dos Prazeres
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

MÉDICO/CRM:

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

13 NOV 2018

13 NOV 2018

DPVAT

Mod: 007

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO	BPF				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO	Respiração				ASMA BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO	Estomacal				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL	Normal				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGENIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					União Melhor	
TEMPERATURA T	260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					38	
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS							INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES							
CIRURGIOS							
ANESTESISTAS							
Dr. Aldo José da Silva Médico Anestesiologista CRM-PI 4482						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO.

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 14/06/18

NOME DO PACIENTE:	opre' da Pinho Bojões	PRONTUÁRIO N°:	479064
DIAGNÓSTICO:	Fractura clavícula (P)	CIRURGIA:	laparoscópica
ANESTESIA:	Bloquioplex	Nº DA SALA:	01
CIRURGIÃO:	Leandro	CPF N°:	167 786 998-41
AUXILIAR:	Estudante	CPF N°:	
ANESTESIA:	Alido	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Nelus	CPF N°:	

Dr. LEANDRO PONCELEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 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 N° 70	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA N° 105	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 N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	01		Urgipen	11	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				eletrônicos			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0.0				CIRCULANTE: Valdinei			
PROLENE							

MOD - 094

05 PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT



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: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 10/06/2018

T.C. DE OMBRO ESQUERDO

O EXAME TOMOGRAFICO 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 3º AO 8º 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



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

<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251101444810000009927475>

Número do documento: 2006251101444810000009927475

Num. 10458609 - Pág. 30



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 Clavícula 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 Clavícula 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 eduição 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

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251101444810000009927475>
Número do documento: 2006251101444810000009927475

Num. 10458609 - Pág. 34



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA.
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE



Carimbo da Unidade de Saúde

Número de Série A - N° Série A - N° 13810	Carimbo da Unidade de Saúde 05.522.917/0036-08 CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINEU ARAUJO" Rua Magalhães Filho, nº 152/Centro CEP 64001-350
Name do paciente Jesi de Paula Braga	Número do Prontuário Nº 64001-350
Endereço	Bairro

CONCORRENTE
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

Atendido dia 19/11/2018
Atendido para os dudu fui
paciente reportado operário, fratura de
clavícula e luxação operada
de braço; paciente evoluindo com
perda funcional de 20% e perda de
seus esforços de 50%.

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

Data
21/11/2018

Carimbo e assinatura do(a) profissional



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

JOSE DE PINHO BORGES
058Y M LA390067
Nasc.: 18/06/1960
OMERO ESQUERDO
CHEST
Irr: 1 / 2
1976 X 1576

09/10/2018
10:25:04

Nasc.: 18/06/1960

OMERO ESQUERDO

CHEST

Irr: 2 / 2

1976 X 1576

E

E

W: 1023 L: 511

58.41% W: 1023 L: 511

58.41%

JOE, DE PINHO BORGES
05/8 O LA396067
NASC: 18/06/1960
ONIBRO ROTACAO EXTERNA
CICLOST
Imp 1 / 2
196 x 1576

三



W. 1028 L. 514

3/3



JOSÉ DE PINHO BORGES
0587 O LA39067
Nasc: 18/06/1960
OMBRO ROTACAO EXTERNA
CHEST
Im:1 / 2
1976 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA JOSÉ DE PINHO BORGES
20/08/2018 0587 O LA39067
14:29:51 Nasc: 18/06/1960
CLAVICULA
CHEST
Im:2 / 2
1760 X 2147

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

EDSON SOARES

E

E



W-1023 L 511

JOSÉ DE PINHO BORGES
05810 LA39067
Nasc: 18/06/1960
Clavícula
CHEST
Im: 2 / 2
1750x2140

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

53.8596



E



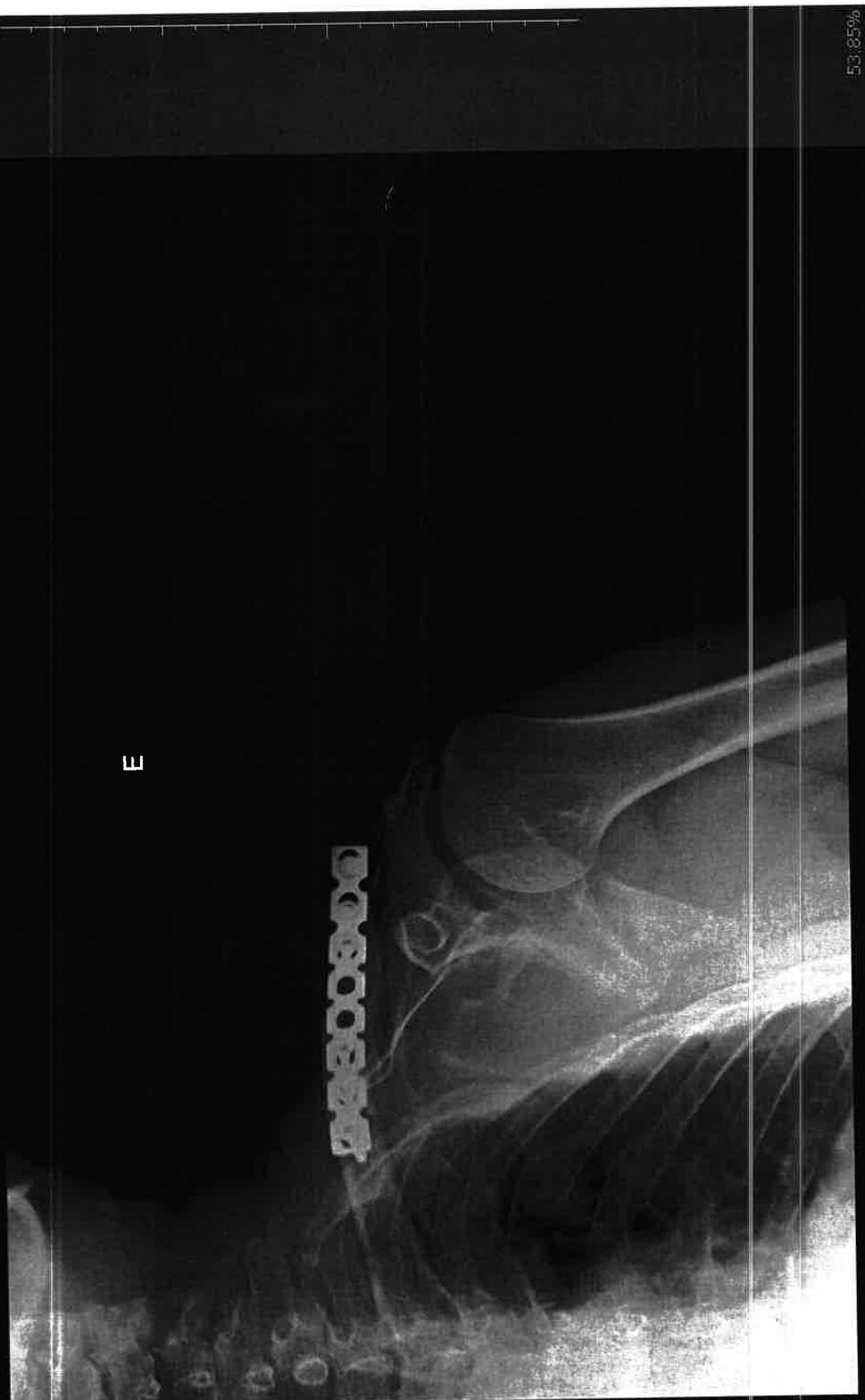
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251101444810000009927475>
Número do documento: 2006251101444810000009927475

Num. 10458609 - Pág. 39

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
09/10/2018
10:27:18

53.85%

E



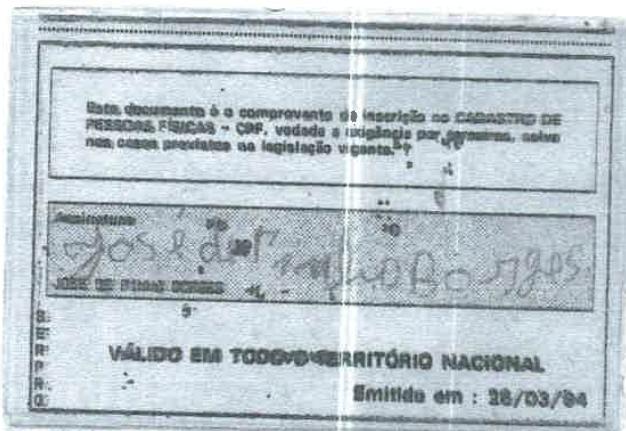
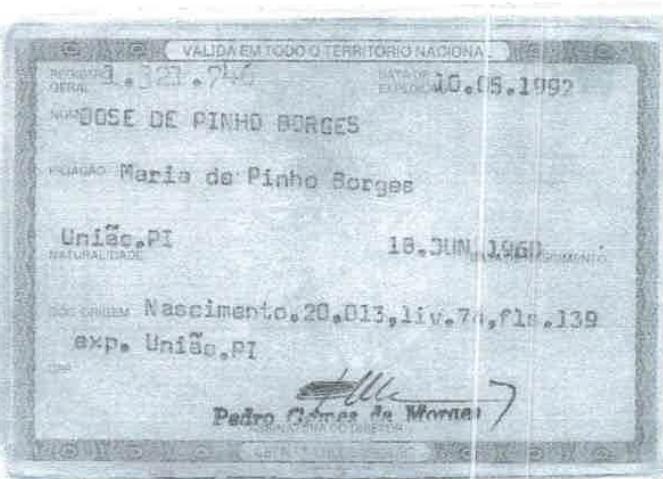
JOSE DE PINHO BORGES
0581 M LA36067
Nasc: 18/06/1960
CLAVICULA
CHEST
1760 X 2140

W:1623 L: 511



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44
<http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251101444810000009927475>
Número do documento: 2006251101444810000009927475

Num. 10458609 - Pág. 40



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 11:01:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006251101444810000009927475>
 Número do documento: 2006251101444810000009927475

Num. 10458609 - Pág. 41

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VALTER JÚNIOR CUNHA,
RG nº 3.218.095, 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
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Lote 11 da Rua Divaldo Peres, nº 5/nº
complemento B-RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSÉ DE PINHO BORGES cujo o condutor era
VALTER JÚNIOR CUNHA

Veículo: YAMAHA / YBR 125 K1

Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: PIB-5172

Chassi: 9G6KE1950E0028243

Data do Acidente:

Local e Data: 09 - 06 - 2018

Valter Júnior Cunha

Assinatura do Declarante

Valter Júnior 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 Lobo, nº 20 - Centro - União - PI - Fone: (86) 3285-1343 - CNPJ: 01.312.472/0001-42
Maria Delira Pachêco de Nascimento - Testemunha / Lucimete Oliveira Vieira - Escrivã Substituta
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: VALTER JUNTO
CUNHA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE
UNião-PI, 28/11/2018. Fncj.: 53.71 TJ: 0.74
Total: 4,71 Selo: ABL.42094 (F500P10)
MAYCON DE LIMA MARQUES-TABELIAO INTERINO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Walter Júnior cunha,

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

Órgão SEJUPI, 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 5/nº

complemento B-RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSÉ DE PINHO BORGES, cujo o condutor era
Walter Júnior cunha

Veículo: YAMAHA / YBR - 125 K1

Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: PIB-1572

Chassi: 9C6KE1950E0028243

Data do Acidente:

Local e Data: 09-06-2018

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

19 NOV 2018

DPVAT

Assinatura do Declarante

* Walter Júnior cunha

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

COMARCA DE UNIAO
CARTÓRIO MATHIAS
SEGUNDO OF
MARIA DELINA PINHEIRO D
Tabelião Púlico e Oficial
LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA
Escrivente
Fone/Fax: 3265-1330



CARTÓRIO MATHIAS QUALESMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
Rua Antônio Lobão s/nº - Centro - União - PI - Fone: (86) 3705-1343 - CNPJ: 01.12472/0001-42
Maria Delina Pinheiro do Nascimento - Tabelião Púlico / Lucinete Oliveira Vieira - Escrivente Substituta

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: WALTER JUNIOR
CUNHA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
UNIÃO-PI, 04/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Salto: 0,24
Total: 4,71 Selo: ABD-29948 (F560P18)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA Escrivente Substituta

