

Screenshot of a computer desktop showing a web browser window and a taskbar.

The browser window displays the PJe (Portal do Advogado) interface for process number 0817107-24.2017.8.18.0140. The page title is "ProceComCiv 0817107-24.2017.8.18.0140". The main content area shows a list of documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" (Petition of Contestation), including:

- 10679377 - CONTESTAÇÃO (2732071 CONTESTACAO 03)
- 10679381 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 10679389 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 10679391 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 10679392 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

The date 08 Jul 2020 is visible near the top left of the browser window. The taskbar at the bottom shows various icons for system functions and other open applications.



Número: **0817107-24.2017.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/04/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>EDINALDO BARBOSA DE SOUSA (AUTOR)</b>	<b>GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10679 381	08/07/2020 11:31	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2015

Carta nº: 7932499

A/C: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

Sinistro: 3150790164  
Vitima: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA  
Data Acidente: 24/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 0000090726-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	<b>2.531,25</b>

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ **2.531,25**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2015

Carta nº: 7832299

A/C: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

Sinistro: 3150790164  
Vítima: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA  
Data Acidente: 24/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2015

Carta n°: 7771224

A/C: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

Sinistro: 3150790164  
Vitima: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA  
Data Acidente: 24/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/09/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação ilegível



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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: 29/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000090726-9

---

Nr. da Autenticação BF4DE3DC69D201AC



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 11:31:21  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070811312054600000010130853>  
Número do documento: 20070811312054600000010130853

Num. 10679381 - Pág. 4

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150790164      **Cidade:** Timon  
**Vítima:** EDINALDO BARBOSA DE SOUSA      **Data do acidente:** 24/05/2015  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** joelho d - fratura exposta em patela, com cicatriz cirúrgica local

**Descrição do exame** limitação importante na mobilidade - flexão e extensão, com marcha claudicante  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** tratamento cirúrgico com fixação ortopédica

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito com alteração na marcha,

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/09/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Glausto P S da C e Silva

**CRM do médico:** 3760

**UF do CRM do médico:** MA

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>		<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>	

### PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



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

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

Nome do(a) Examinado(a): Edinaldo Barbosa de Sousa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Wilson Carvalho, 3061  
Tabuleta, Teresina PI CEP: 64018-210  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 2855746  
Data local do exame: [ 24/09/2015 ] Timon [ MA ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**joelho d - fratura exposta em patela, com cicatriz cirúrgica local, com limitação importante na mobilidade - flexão e extensão, com marcha claudicante**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim      ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim      ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**persiste alteração na marcha com redução na força muscular, em uso de muletas, com trat cirúrgico com fixação ortopédica, alta - 07/2015**

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

(X) Sim      ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**joelho d - perda funcional de grau intenso, com alteração na marcha, compromete atividades laborais**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

( ) "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**Joelho - Lado Direito**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

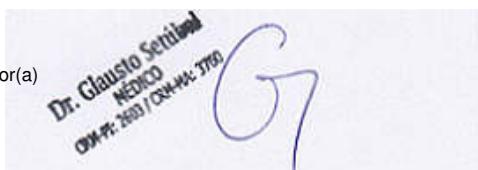
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio    ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

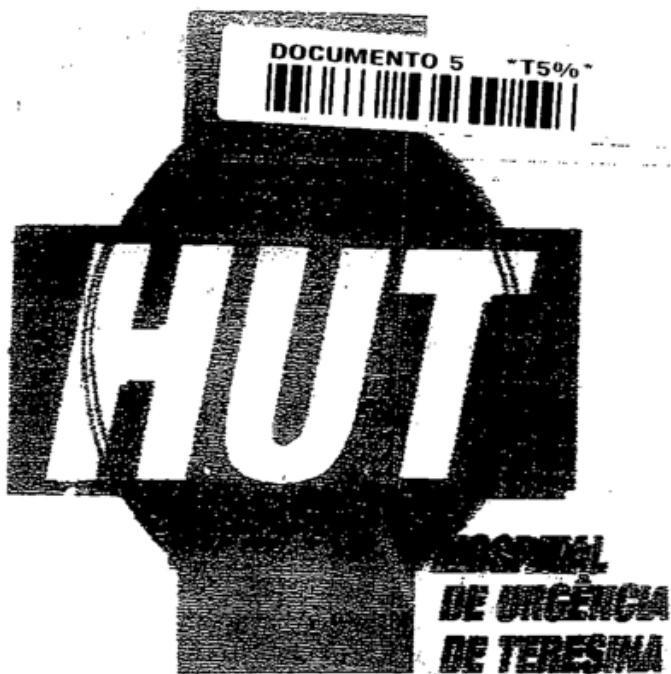
( ) Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



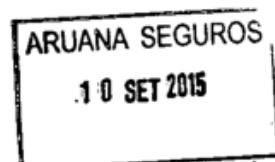
Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM





NOME DO PACIENTE: Edinaldo Ribeiro da Soárez

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 360.207



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

6



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 11:31:21  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070811312054600000010130853>  
Número do documento: 20070811312054600000010130853

Num. 10679381 - Pág. 7

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT  
 Rua Dr. José de Alencar, 1000 - Edendão - Fone: (086) 3239-4872  
 TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

Imp: 21/05/2015 04:55:30  
 (MARCELO PORTO)

Nome: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA		Prontuário: 360207
Mãe: MARIA LIA BARBOSA DE SOUSA	Pai:	
End. Resid.: RUA DOM AVELAR - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 02/11/1989	Idade: 26a:6m:22s	Sexo: Masculino Fone: 66-8802-4020
Responsável: JOSE MARCOS OLIVEIRA	CNS: 708507303891973	
Profissão:	Documento: RG: 2855746 - SSP-PI	
G. Instrução: Nélio Companhia	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.:		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 472744	Data: 24/05/2015 04:55:29	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procuração: ACIDENTE EM TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Caso Policial:Não	Pl. Saúde: Não Trauma: Sim
Maus Tratos: Não		

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:
#URGÊNCIA open 24/05/15
<i>Paciente com quadro de dor ombo D. lado C oper. traumato motoxista.</i>
Carimbo/Assinatura Solicitante

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

<i>Atendente = ECO : 15</i>
<i>Trauma gl. em braço mais ninfomiosas.</i>
<i>cd: #traumatismo + praecon</i>
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:
<i>Carimbo/Assinatura Solicitante</i>

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

ARUANA SEGUROS

10 SET 2015

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

7





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 24 / 02 / 15

NOME DO PACIENTE:	Eduardo Balan e Souza	PRONTUÁRIO N°:	360207
DIAGNÓSTICO:	Endo Endo e Pato D	CIRURGIA:	LMC
ANESTESIA:	Rapnel	Nº DA SALA:	
CIRURGIAO:	Dr. Levi	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESIA:	Dr. Tiago	CPF N°:	
ADORA:	Ediane	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N-24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	Q3	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	04	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			Catetos		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Selto obs. (Cartel) 01 Observes - 03 und. Crepom - 02 und.			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CRÔMADO C/AG							
CAT. GUT. CRÔMADO S/AG							
ALCOOL							
MONONYLON 2-0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				Sobremontinho			

MARUANA SEGUROS

10 SET 2015

8





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redinuto - Fone: 86 3219-4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-170 - CUIT: 05.522.917/0022-01

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO BARBOSA DE SOUSA** (Prontuário: 360207)  
Endereço: RUA DOM AVELAR - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 02/11/1988 Idade: 26a:6m:22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 472744  
Requisição: 5326\_0 Solicitação: 24/05/2015 Solicitante: MARCELO COELHO AVELINO  
Controle: 372856 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/05/2015

#### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- 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.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(ANTONIO

TERESINA - PI 24/05/2015

JOELSON OLIVEIRA MENEIRA

CPF: 331.029.43-30 CRM: 1444

Profissional Responsável

AUT. SAME  
CONECTE CONSULTA  
24/05/2015  
COUTINHO

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 11:31:21  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070811312054600000010130853>  
Número do documento: 20070811312054600000010130853

Num. 10679381 - Pág. 10



232

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

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

DATA 27/05/2015

NOME DO PACIENTE	<i>Eduardo Barbosa de Souza</i>	PRONTUÁRIO Nº:	<i>360207</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>F+ Comunhão</i>	CIRURGIA:	<i>Lahibene Lacerda</i>
ANESTESIA:	<i>DR Eliane</i>	Nº DA SALA:	<i>09</i>
CIRURGIÃO:	<i>DR Vilamaldo</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<i>Raque</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Teresa Ferreira</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<i>03</i>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<i>02</i>	
AGULHA 30X8	UNID.	<i>03</i>		LUVA Nº	PAR	<i>02</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>03</i>		LUVA Nº	PAR	<i>02</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<i>03</i>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>06</i>	
ALCOOL 70%	ML	<i>50</i>		PVPI DE GERMANTE	ML	<i>200</i>	
ALGODÃO	BOLA	<i>03</i>		PVPI TÓPICO	ML	<i>200</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<i>04</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>01</i>	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	<i>01</i>		SERINGA 10CC	UNID.	<i>01</i>	
ESPARADRAPO	CM	<i>80</i>		SERINGA 5CC	UNID.	<i>05</i>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<i>05</i>	
GASES	PAC.	<i>06</i>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	<i>01</i>		<i>crem</i>	UNID.	<i>03</i>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		<i>20 02</i>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		<i>0 02</i>		CIRCULANTE:	<i>Inez</i>		
PROLENE							

CONFIRA SE ASME  
TERESA FERREIRA  
SERVIDOR 280514

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

mlmter

5-02

jo





## FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

HUT

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
DATA: 11/05/11	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA CIRCULATÓRIO	P. ARTERIAL 120 mm			ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA RESPIRATÓRIO	M. V. 6			SISTEMA URINÁRIO		
SISTEMA DIGESTIVO				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
ESTADO MENTAL				FÍSICOS		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	∅			APLICADO AS		EFEITOS
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	∅			TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 2 3 Cetan	1. Nitroar... jew... Dr. J. J. L.			2. Fintal 0,5	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	3. Uppel 0,4			SEQUÊNCIA	
TEMPERATURA T	36.5	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	1. Autê... 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.			DURAÇÃO 90
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS				INCIDENTE - ACIDENTE		
TÉCNICAS	Injeção venosa laringe			Ma		
OPERAÇÕES	Laringe reconstit. laringe					
CIRURGIÕES	2 Royal					
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
MOD. 76 - HUT				ARUANA SEGUROS		
				10 SET 2015		





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Ednaide Barreto de Souza</i>				
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura exposta da Perna D</i>				
Operação - Tipo <i>Luxação Mínima Unida</i>				
Cirurgião	1º Assinante			
2º Assinante	3º Assinante			
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia		
Anestésico(a)				
Data da Operação <i>34/03/15</i>	Inicio	Fim		
Diagnóstico Pós-operatório				
Relatório Imediato do Patologista				
Acidente Durante a Operação				
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)				
<i>① Ponto - DDH sob angulação ② Angulo + corpo articular ③ Fixação da face da espessa com JFO, 9% alveolar + sulcular e parar molar; remoção resto de fio. Aí se pôr o molar ④ Sutura + condão articular ⑤ RPT</i>				
<table border="1"><tr><td>ARUANA SEGUROS</td></tr><tr><td>10 SET 2015</td></tr></table>			ARUANA SEGUROS	10 SET 2015
ARUANA SEGUROS				
10 SET 2015				
<i>Dr. Rafael Levi Machado S. da Cunha CRM: 38071 - TEOF: 22983 Trauma do Esterno e Artroscopia Cirurgia do Ombro e Cotovelo</i>				

MOD. 76 - HUT



# FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				ANº DE REGISTRO 36.0207	
DATA: 27.05.15	P. ARTERIAL 130x80	PULSO 78	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO 70		ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA 56,9%	HEMOGLOBINEMIA 12,3	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO	RCR em 2T (cirurgia cardíaca aos 50 anos - SEC)				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO	MV+ A/ RA					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO	xpele > gás	SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL	consciente, orientado				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Fratura de patela dn				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)	Dormoronal 2,5 mg				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					A. Identificação B. Monitorização C. Preencher anamnese D. Sedativos E. Analgésicos F. Anticoagulantes G. Diureticos H. Antieméticos I. Anticonvulsivos J. Antibióticos K. Antidiáabeticos L. Antihistamínicos M. Antialérgicos N. Antipsicóticos O. Anestésicos locais P. Analgesicos locais Q. Antineoplásicos R. Antineflamatórios S. Antidiarreicos T. Antituberculários U. Anticontracepcionais V. Antipsicóticos orais W. Antidepressivos X. Anticonvulsivos orais Y. Antidiabéticos orais Z. Antihistamínicos orais	
TEMPERATURA T	Seto 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					DURADA	
P. ARTERIAL V O PULSO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					INCIDENTE - ACIDENTE	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						ARUANA SEGUROS	
RESPIRAÇÃO O						10 SET 2015	
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS Ráguanauterapia							
OPERAÇÕES Tbc. crura. fratura de patela.							
CIRURGIOS Dr. Wilsonaldo							
ANESTESISTAS Dra. Eliane Sarah Assessoria 0813576							
PARTICULARIDADES							

MOD. 76 - HUT

13



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Edmundo Banks de Souza		
Diagnóstico pré-operatório	Fractura Compreensão de Patoeira		
Operação - Tipo	Pneumotomia Faral		
Cirurgião	Dr. Waldir	1º Assinante	W. Ferreira
2º Assinante		3º Assinante	
Instrumentador(a)	Anestesiador	Anestesia	
Anestésico(a)			

Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	O meus	

Relatório Imediato do Patologista	
	Q

Acidente Durante a Operação	
	Nao ha

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)	
D. Fissura DMH + ligadura	
D. Mandíbula + friso + coroa SI	
2. Frisar maxila címbio em janela n.	
3. Resolução Pneumotomia faral d. pelo super	
d. Patoeira n	
7. Remoção d. fundo d. gengiva c. Etihidron n. 205	
8. Pneumotomia	
9. Sut. a TCS	
8. Anel	
ARUANA SEGUROS	
10 SET 2015	





- CONSULTAS NÉDITAS
- ELETROCARDIOGRAMA
- RADIOLÓGIA
- CITOLOGIA
- ULTRA-SOMOGRAFIA
- COLPOSCÓPIA
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
- EXAMES LABORATORIAIS
- ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER
- ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER

Rua Sete de Setembro, 239/Sul • Teresina-PI • Fone/Fax: 3221-4748 / 3222-0890  
e-mail: clinicasaobernardo@yahoo.com.br

Paciente : EDINALDO BARBOSA DE SOUSA  
Convênio : PLANO POPULAR  
Medico : Dr(a).-  
RG: 2.855.746

Protocolo: 3855

CLINICA SAO BERNARDO  
Unidade.: SAO BERNARDO  
Cadastro: 18/06/2015 08:22h  
Idade: 26A 7M

#### RAIOS-X - JOELHO DIREITO

- Estrutura óssea conservada
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

#### CONCLUSÃO:

- EXAME RADIOLÓGICO NORMAL.

Dr. José Lustosa Elvas Parente  
CRM-PI 444  
Radiologista

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

Exames suportam indicação de fatores como: idade, sexo, estresse, uso de medicina, cirurgias, ciclo menstrual, gravidez, etc.  
assim suporta seu médico nas condições de interpretar corretamente os resultados.

55





SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE/SUS**  
REGISTRO DE OCORRÊNCIA



**SAMU  
192**

AMBULÂNCIA ACIONADA: JUSP - 03 24-05-19  
NOME DO PACIENTE: Edinealdo Bezerra de Souza  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Transferência do H.P.A.  
SEXO M  F  IDADE: 23 anos  
SAÍDA DO P.A: 03:45 H.P.A CHEGADA AO LOCAL:  
SAÍDA DO LOCAL: \_\_\_\_\_ CHEGADA AO HOSPITAL: 03:45 UPA

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO     | <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO               | <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO   |
| <input type="checkbox"/> AGRESSÃO                 | <input type="checkbox"/> QUEDA                         | <input type="checkbox"/> ENTORPECENTES |
| <input type="checkbox"/> URGÊNCIA ADULTA          | <input type="checkbox"/> JÁ REMOVIDO                   | <input type="checkbox"/> _____         |
| <input type="checkbox"/> URGÊNCIA PEDIÁTRICA      | <input type="checkbox"/> FALSO CHAMADO                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> ENVENENAMENTO | <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA      |  |
| <input type="checkbox"/> CRISE CONVULSIVA         | <input type="checkbox"/> URGÊNCIA CARDIACA E DIABETICA |  |
| <input type="checkbox"/> QUEIMADURAS              | <input type="checkbox"/> URGÊNCIA OBSTETRÍCIA          |  |

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:**

ALERTA   
RESponde a comando   
RESponde a dor   
SEM RESPOSTA

**PUPILA:**

IGUAIS   
DESIGUAIS

**FALA:**

NORMAL   
CONFUSA   
NENHUMA

**PULSO RADIAL:**

FORTE   
FRACO   
AUSENTE

**SANGRAMENTO:**

AUSENTE   
MÍNIMO   
MODERADO   
INTENSO

**SINAIS VITAIS:**

PRESSÃO ARTERIAL 120x60  
PULSO 80  
RESPIRAÇÃO 56:97%

**OBSERVAÇÕES:** pt consciente apresentando fratura exposto mto na região do joelho.

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

- |   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO                    | <input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA       | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> OXIGÊNIO                     | <input type="checkbox"/> PRANCHA CURTA       | <input type="checkbox"/>        |
| <input type="checkbox"/> REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR   | <input type="checkbox"/> KED                 | <input type="checkbox"/>        |
| <input type="checkbox"/> CURATIVOS                    | <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL      | <input type="checkbox"/>        |
| <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES | <input type="checkbox"/> ASSIST. OBSTETRÍCIA | <input type="checkbox"/>        |

*Equipe tec: Sandra  
med: Daniel*

**CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MELHORADO  | <input type="checkbox"/> ANTES DO SOCORRO    |
| <input type="checkbox"/> PIORADO    | <input type="checkbox"/> ANTES DO TRANSPORTE |
| <input type="checkbox"/> INALTERADO | <input type="checkbox"/> NO TRANSPORTE       |
| <input type="checkbox"/> ÓBITO      |  |

**ARUANA SEGUROS**

**10 SET 2015**

**HOSPITAL DE DESTINO:**

**UPA**

RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

*jb*





**PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMON  
UNIDADE MISTA DR. JOSÉ FIRMINO DE SOUSA  
Rua Pedro Alves de Moraes, S/Nº Parque Alvorada,  
Timon-MA. CEP: 65.633.170**

**SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

**FICHA DE RETORNO**

Da Unidade	Para Unidade
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
Data	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

**OBSERVAÇÃO:**

1. Deverá ser preenchido em duas vias;
  2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem.

ARUANA SEGUROS  
90 SET 2015



# FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE					
DATA: 27.05.15	P. ARTERIAL 130x80	PULSO 78	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	Nº DE REGISTRO 36.02.97		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATOMETRIA 36.9%	HEMOGLOBINEMIA 12,3	HEMATOCRITOS	PESO 70 ALTURA		
EXAMES DE URINA					GLICEMIA DOS. URÉIA		
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO RCR em 2T (cirurgia cardíaca aos 3años - SIC)		ELETROCARDIOGRAMA					
SISTEMA RESPIRATÓRIO MV(+) A/ RA		ASMA BRONQUITE					
SISTEMA DIGESTIVO xpeue > 8hs		SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL	Consciente, orientado		CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de patela Dr.			FÍSICOS				
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	Dormorone 2,5 mg		APLICADO AS	EFEITOS			
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				A. Identificação B. Monitorização C. Acesso venoso periférico 2x6 D. Sedativo Dormorone 3mg E. Analg. Naloxone 15mg - Secalept 1000 - Infuso somno 1 - Dipirona 2 - Ecclor 1000 - Guaicideno 600 - Cefagolino 2g - Ondansetron 100 - Leucoclor 5mg 13 14 15		
TEMPERATURA T	Sobr 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				DURAÇÃO		
P. ARTERIAL V O PULSO	tGEG 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				INCIDENTE - ACIDENTE		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	Muvuv						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS Ragiunausteria							
OPERAÇÕES Tbo. corrig. fratura de patela							
CIRURGIOS Dr. Wilsonido							
ANESTESISTAS Dra. Eliane Saraiva Dra. Alessandra CRM 3675							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
PARTICULARIDADES							
<table border="1"> <tr> <td>ARUANA SEGUROS</td> </tr> <tr> <td>10 SET 2015</td> </tr> </table>						ARUANA SEGUROS	10 SET 2015
ARUANA SEGUROS							
10 SET 2015							
MOD. 76 - HUT							



58



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

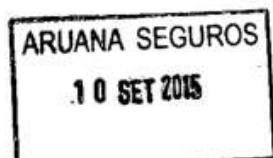
**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Edinaldo Barros de Souza		
Diagnóstico pré-operatório	Fr. Comprido Radicular		
Operação - Tipo	Pneumotomia		
Cirurgião	Dr. Waldecir	1º Assinante	Dr. Menezes
2º Assinante	Dr. Waldecir	3º Assinante	Dr. Menezes
Instrumentador(a)	Anestesiador(a)	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	1º Início	2º Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	0. megas		
Relatório Imediato do Patologista	Nas han		
Acidente Durante a Operação	<p>HUT-SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA - PI SERVIDOR: [Signature]</p>		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
D. fist em MH os negatos			
D. mandibular + maxilar + coroa d.			
3. Frac. maxilar aberto na quebra p.			
3. Redondo + clávula metacariana seguros d. dedo ?			
7. Anatomia d. foder d. gengiva j/c. Etanom N=05			
O. Rhinoplastia			
7. fist a TCS pel			
8. Cirurgia			

MOD. 76 - HUT



DOCUMENTO 6 - T6%



20



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 11:31:21  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070811312054600000010130853  
Número do documento: 20070811312054600000010130853

Num. 10679381 - Pág. 21

DOCUMENTO 4 "T4%"



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Batalha de Sousa,  
RG nº 320472, data de expedição 14/10/08,  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 34014470334, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Dom Avelar, nº 3061,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Edinaldo Barbosa, cujo o condutor era  
Edinaldo Barbosa de Sousa.

Veículo: moto/cicleta  
Modelo: Honda CG Fan 125 KCS  
Ano: 2013  
Placa: OUA - 4135  
Chassi: 9CZ5C4L10D8426279  
Data do Acidente: 24/05/2015  
Local e Data: FU. PIAUÍ PRÓXIMO AO PONTO FISCAL TIMON - MAI 24/05/2015

Antonio Batalha de Sousa  
Assinatura do Declarante

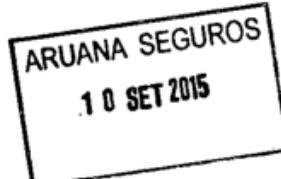
Edinaldo Barbosa de Sousa

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

NAILA BUCAR 2º Tabelionato de Notas e Registro de Arquivos,  
Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas  
Rua David Cícero, 167/P4 Teresina-PI - Fone: (86) 3221-7090 email:lynnabucar@nailabucar.com.br  
Bef Lynn Bucar Lopes de Sousa - Titular

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO BATALHA  
DE SOUSA, DOU FE. EM TESTE, DA VERDADE  
TERESINA-PI, 01/09/2015.

MARIA ELVIRA CARDOSO SOUSA - Escrevente  
Emol.3,18,TJ:0,32 Selo:0,10 Total:3,60 (10)



5



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 11:31:21  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070811312054600000010130853  
Número do documento: 20070811312054600000010130853

Num. 10679381 - Pág. 22



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edinaldo Barbosa de Sousa,

RG nº 2855+ub, data de expedição / /, Órgão SSP/PI,

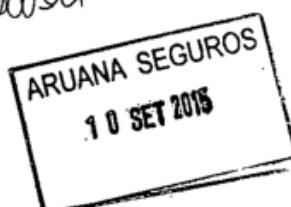
CPF nº 035.336.093-75 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Wilson Cavalcante</u>
Número	<u>3061</u>
Apto / Complemento	<u>losa</u>
Bairro	<u>Tabuleia</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64.018-210</u>
Telefone de Contato	<u>(86)3221-5607</u>
E-mail	<u>edvanaseguros@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 03/09/15

Assinatura do Declarante: Edinaldo Barbosa de Sousa



23





**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ**  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Imp. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
41624773

CONTA MÊS	PERÍODO DE REFERÊNCIA	VEÍCULOS	VALOR PAGAR PELA LEI N° 10.438 DE 26 DE ABRIL DE 2002.
JULHO/2015	01/07/2015	01/07/2015	TOTAL A PAGAR (R\$)

ANTONIO BATALHA DE SOUSA  
R. WILSON CARVALHO S/N 3061/1 TABULETA  
CPF: 00034014470334  
CEP: 64.018-210 - TERESINA

ROT: 9.001.03.75.245120

DADOS DA LEITURA	kWh	R\$ 9.001,03	75.245120
		DATAS DA LEITURA	
Azul:	6138	Azul:	16/07/2015
Anterior:	6040	Anterior:	05/06/2015
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	16/08/2015
Correção Média:	98	Emissor:	24/07/2015
Consumo Faturado:	98	Apresentação:	24/07/2015
	FEMP		

Dados de Identificação		Dados da Unidade Consumidora			Consumo	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses	
ESTENDER	MONO	17-5743				
HISTÓRICO kWh Mês/ano consumo		Descrição da Conta				
UN/15	2	CONSUMO	98 A R\$ 0,636905 =	62,41		
AI/15	9	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		4,63		
BR/15	9	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,38			
AR/15	4					
EV/15	24					
AN/15	0					
EZ/14	0					
OV/14	0					
UT/14	0					
ET/14	0					
RIFA SEM TRIBUTOS:						
A 98 - 0,473039						

MENSAGENS IMPORTANTES / DESENHOS

PERÍODO DE EFETIVO DA RADAR - 06/08/2010 ATÉ 09/08/2010  
LIGUE 0800 APENAS 1000M DE DISTÂNCIA PARA VENCIMENTO DO PRAZO RES-442  
PODE SER USADO O SISTEMA DE GPS PARA VENCIMENTO DO PRAZO  
RES-442  
NOS DIAZEROS COLOCAR A DATA

RESERVADO AO FISCO

GFZ2_PONTO_EFCF_DES_ATEN_FAT2_AC89_DDA9		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	15,96	Base de Cálculo:	62,41
Energia:	23,76	Aliquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,85	Valor do ICMS:	12,48
Encargos:	4,80	Valor do PIS:	0,63
Tributos:	15,04	Valor do COFINS:	

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

34



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 11:31:21  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070811312054600000010130853>  
Número do documento: 20070811312054600000010130853

Núm. 10679381 - Pág. 24



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 66 3229 4972  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

*Oto de dono* VILICUPDIA

MEURO

SUS SUS

### BOLETIM DE ENTRADA - BE

#### DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA		Frontuário: 360207
Mãe: MARIA LUCIA BARBOSA DE SOUSA	Pai:	
End. Resid.: RUA DOM AVELAR - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 02/11/1988	Idade: 26a:6m:22d	Sexo: Masculino Fone: 86-8802-4020
Responsável: JOSE MARCOS OLIVEIRA	CNS: 708507303891973	
Profissão:	CPF: * RG: 2855746 - SSP-PI	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

#### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 472744	Data: 24/05/2015 04:55:29	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Sim	Maus Tratos: Não	

#### DADOS CLÍNICOS:

*Poli fratura e/ re, queitado ao momento,  
relatando dor em ombro (1), joelho (1) e/ fratura exposta  
em oito patelar. Sem outras quebras.*

PA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg  
Diagnóstico Inicial:

DOCUMENTO 3 \*T3%\*

NAME: \_\_\_\_\_  
Temp.: \_\_\_\_\_  
CID: \_\_\_\_\_

#### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- (1) Rx ombro (1)
- (2) Rx joelho (1)
- (3) SF (09). 500L (EV) 30 Litros (EV) + ATZ (EV) 1000
- (4) Tlalatré 40g Ortop + ATZ (EV) 1000

HUT DR. ZENON  
TOMOGRAFIA COMPUTADORES  
EXAME: TC CRANIO  
DATA: 24/05/15  
10:23

ALTA:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> HORA: :
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> DESTINO: Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> CID Compatível:
			<b>ARUANA SEGUROS</b> <b>10 SET 2015</b>

Ass. solicitante  
Internação:

Marcelo Coelho V. Souza

MÉDICO

CRM-PI 5242

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

*José Carlos Alves de Souza*  
Assinatura Paciente ou Responsável





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edinaldo Barbosa de Souza

portador da carteira de identidade nº 2855746 e inscrito no CPF/MF sob o nº 035.336.093-75 residente e domiciliado na Rua Wilson Carvalho, Tabuleta nº 3061

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

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

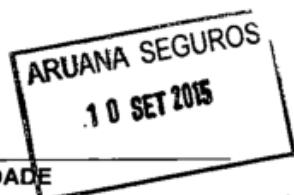
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Local: Teresina - PI Data 02,09,15

Edinaldo Barbosa de Souza

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE



3



DOCUMENTO 1 T1%

ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL

PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1 DP TIMON

Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro, Fone: (89)3212-5002.

SEGURANÇA PÚBLICA

1º DP

TIMON / MA

SECRETARIA

OCORRÊNCIA Nº: 2497/2015 - Registrado em 21 de Agosto de 2015 às 9:12h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 24/05/2015 às 02:42hs, Domingo

LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br)".

**LOCAL**

Município: Timon

Estado: MA

Logradouro: PIAUÍ

Nº: 00 CEP:

Bairro: GUARITA

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: PROX. POSTO FISCAL

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VITIMA**

EDINALDO BARBOSA DE SOUSA (26), do sexo masculino, Brasileiro, Solteiro, exercendo a profissão de Técnico de informática, RG Nº: 2855746/SSPPI, nascido em 02/11/1988, bairro: de Teresina - PI. PAI: ANTONIO BATALHA DE SOUSA e MÃE: MARIA LUCIA BARBOSA DE SOUSA, Endereço: Wilson Cervello, 3061 - Bairro: Teboleto - CEP: 64016-210 - Teresina - PI.

**EXAMES SOLICITADOS**

LESÃO CORPORAL

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)**

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE/VITIMA COMPARCEU NESTA DELEGACIA E RELATA CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA QUA-4135, MARCA/MODELO: HONDA CG 125 FAN KS, ANO 2013/2013, COR VERMELHA, DE PROPRIEDE DE ANTONIO BATALHA DE SOUSA, NA AVENIDA PIAUÍ, BAIRRO GUARITA, QUANDO AO FAZER A CURVA, O COMUNICANTE/VITIMA ACIONOU O FREIO DA FRENTA DA MOTOCICLETA E O PNEU DA REFERIDA MOTOCICLETA DERRAPOU E BATEU NO MEIO FIO, OCASIONANDO A SUA QUEDA DA MOTOCICLETA; QUE O COMUNICANTE/VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU USB 03 ONDE INFORMA PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA NA REGIÃO DO JOELHO MID, ESCORIAÇÕES MSD E NA FACE, SENDO ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DO PARQUE ALVORADA DE TIMON-MA; QUE APÓS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS NO HOSPITAL DO PARQUE ALVORADA DE TIMON-MA FOI TRANSFERIDO PARA UPA DE TIMON-MA E LOGO DEPOIS TRANSFERIDO PARA HUT EM TERESINA/PI; QUE SEGUNDO O PRONTUÁRIO MÉDICO DE Nº 360207 INFORMA QUE O COMUNICANTE/VITIMA APRESENTOU POLIATRAUMA C/TCE, RELATANDO DOR EM OMBRO DIREITO, JOELHO DIREITO COM FRATURA EXPOSTA EM PATELAR.

ARUANA SEGUROS

10 SET 2015



Digitized by srujanika@gmail.com

WATERFALLS		WATERFALLS	
AM	PM	AM	PM
12	14	14	14
AM	PM	AM	PM

AM MARCHANDISES OTM ANNOUNCES  
THE LAUNCH OF THE JEWELRY LINE OF STYLISH, HIGH-QUALITY AND AFFORDABLE  
JEWELRY FOR WOMEN. THE LINE IS DESIGNED TO MEET THE DEMAND FOR  
AFFORDABLE, STYLISH JEWELRY THAT IS BOTH DURABLE AND ELEGANT.

THE UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES



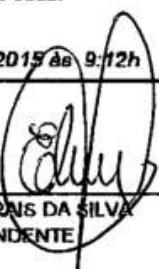


ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1º DP TIMON  
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro , Fone: (98)3212-5002.



OCORRÊNCIA Nº: 2497/2015 - Registrado em 21 de Agosto de 2015 às 9:12h

  
JOELSON DA SILVA CARVALHO  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

  
ELVIS MORAIS DA SILVA  
ATENDENTE

Edinaldo Barbosa de Souza  
EDINALDO BÁRBOSA DE SOUSA  
COMUNICANTE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 11:31:21  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070811312054600000010130853>  
Número do documento: 20070811312054600000010130853

Num. 10679381 - Pág. 29

ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DE ASSUNTOS PÚBLICOS  
POLÍCIA CIVIL  
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE LIMON - I - DA TIMON  
Endereço: PRÉDIO DA POLÍCIA CIVIL, 153 - Centro, Fortaleza (CE) 62015-000

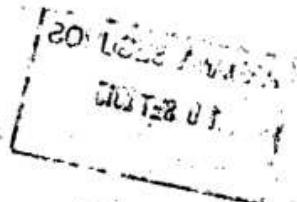


OCORRÊNCIA N° 547005 - Registrada em 21 de Agosto de 2012 às 10h00

EEAIS MORAES DA SILVA  
ATENÇÃO:

JEFERSON DA SILVA CARVALHO  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

EDNAN SOARES DA SOUSA  
COMUNICANTE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 11:31:21  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070811312054600000010130853>  
Número do documento: 20070811312054600000010130853

Num. 10679381 - Pág. 30



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DI

DOCUMENTO 1 \*T1%\*



'VAT

Nº DO SINISTRÓ \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Edinaldo Barbosa de Sousa,PORTADOR(A) DO RG Nº 2855746 EXPEDIDO POR SSP / PI EM   /  /   ECPF 035396093-25 /CNPJ                         -                -      , PROFISSÃO                         

E RENDA MENSAL DE R\$        (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edinaldo Barbosa de Sousa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do **banco** indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta **corrente** pode ser identificada com **cópia simples rasurada** de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGENCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGENCIA (com dígito, se existir) 1606 N° da CONTA (com dígito, se existir) 90726-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina-PI 03 de Setembro de 2015 Edinaldo Barbosa de Sousa

LOCAL E DATA

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

10 SET 2015

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0772204.

28





ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

22

