

Controle de docum x Audiências x Controle de docum x PJ Consultar processo x PJ 0817107-24.2017.8 x PJ 0813707-94.2020.8 x Baixar o arquivo x

Não seguro | tjpj.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=43820&ca=ef9557281828032f0a281cdd... | Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

**PJE** ProceComCiv 0817107-24.2017.8.18.0140  
EDINALDO BARBOSA DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

10679377 - CONTESTAÇÃO (2732071 CONTESTACAO 03)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/07/2020 11:31:22

08 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 10679373 - CONTESTAÇÃO
    - 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)

11:31

downloadBinario.seam 1 / 12

2732071- CS/ 2020-02468/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08171072420178180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PT 11:31 08/07/2020



08/07/2020

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	
EDINALDO BARBOSA DE SOUSA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10679 381	08/07/2020 11:31	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</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\$	2.531,25

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

Pag. 00447/00448 - carta\_15R



00020224



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01697/01698 - carta\_02



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2015

Carta nº: 7771224

A/C: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

Sinistro: 3150790164  
Vítima: 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**

Pag. 00963/00964 - carta\_03



# 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



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### PARECER

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

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

**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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

### 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 o 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 - 072015**
- 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>            | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| ( ) "Exame não permite conclusão"<br><i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> |   |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>Joelho - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                 | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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

Dr. Glaudio Seridial  
MÉDICO  
CRM-PI: 2855 / CRM-MA: 7780  
G7

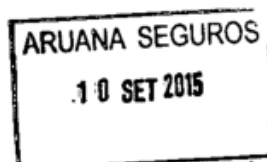






NOME DO PACIENTE: Edinaldo Benhosa de Sousa

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
R. A. ... Redenção - Fone: 3605 4812  
TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

SUS SUS

# FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 24/05/2015 04:58:30

(MARCULO PORTO)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome:	EDINALDO BARBOSA DE SOUSA	Prontuário:	360207
Mãe:	YERBA ... BARBOSA DE SOUSA	Pai:	
End. Residência:	AV. DOM AVELAR - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	02/11/1989	Idade:	26a:6m:22s
Responsável:	JOSE MARCOS OLIVEIRA	Sexo:	Masculino
Profissão:		Fone:	86-8802-4020
G. Instrução:	Nível Completo	CNS:	708507303891973
End. Local:		Documento:	RG: 2855746 - SSP-PI
		Civil:	Solteiro(a)

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	24/05/15	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	# Neurológico 24/05/15		
Paciente com quadro de dor crônica D. lado C após trauma de motociclista.			
Carimbo/Assinatura Solicitante			

## DADOS DO PARECER: Data/Hora: 24/05/15

Parecer = 000 15
Relatório de um laudo neurológico.
ad. ... + prática ...
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	24/05/15	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
Carimbo/Assinatura Solicitante			

## DADOS DO PARECER: Data/Hora: 24/05/15

		ARUANA SEGUROS
		10 SET 2015
		Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

7





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24 / 07 / 15

NOME DO PACIENTE: <u>Ediane Santana de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>360207</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Pré-eclâmpsia de início D</u>	CIRURGIA: <u>L.M.C.</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. Levi</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Tiago</u>	CPF Nº: _____
ADORA: <u>Ediane</u>	CPF Nº: _____

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	03	
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- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Cateter os		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos. (cateter)		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Escovas.		03 unid.	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Crepam.		02 unid.	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOOL							
MONONYLON 2-0		02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:			
				Edson Martins			

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

8





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Oscar Tico 1920 - Redenção - Fone: 86 3573 4272  
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: 5325:0 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 MONTENEGRO

CPF: 331.029.833-30

Profissional Responsável

HUT - SAME  
CONTROLE DE QUALIDADE  
20/05/15  
[assinatura]

ARUANA SEGUROS

10 SET 2015

9





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

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

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/05/2015

NOME DO PACIENTE	Edivaldo Barbosa de Sousa	PRONTUÁRIO Nº:	380207
DIAGNÓSTICO:	Ft Comum da Vulva	CIRURGIA:	Labiotomia lateral
ANESTESIA:	Dr Eliane	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Dr Wilamildo	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Rafael	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Tereza ferreira	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		crem	Doz	03	
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	20	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL	0	02		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:	3m2		

REC. GEME  
CONFERE COM ORIGINAL  
TERESINA, 10/05/2015  
SERVIDOR

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

pacientes 5-07

Jo





# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

UOT

NOME DO PACIENTE				Nº DE REGISTRO				
DATA:	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				ASMA			BRONQUITE	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				SISTEMA URINÁRIO				
SISTEMA DIGESTIVO				CORTICOIDES			ATARAXICOS	OUTROS
ESTADO MENTAL				FÍSICOS				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				APLICADO AS			EFEITOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				TOTAL DE DOSES				
AGENTES ANESTÉSICOS				TOTAL DE DOSES				
LÍQUIDOS				SEQUÊNCIA				
TEMPERATURA T				DURAÇÃO				
P. ARTERIAL V O PULSO				INCIDENTE - ACIDENTE				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				PARTICULARIDADES				
RESPIRAÇÃO O				ARUANA SEGUROS				
SÍMBOLOS				10 SET 2015				
TÉCNICAS								
OPERAÇÕES								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								

MOD. 76 - HUT





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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Edvaldo Barbosa da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fratura exposta do polegar D

Operação - Tipo

Reparo Menisco Unipolar

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

24/05/15

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Posição em DDH sob raspagem

② Anestesia + campo estéril

③ Reparo do ligamento cruzado anterior com TPO, 3x alinhado e deslizado  
de partes moles; verificando o eixo de flexão e extensão da articulação

④ Sutura + campo estéril

⑤ RPT

ARUANA SEGUROS

10 SET 2015

Dr. Rafael Levi Louçã S. da Cunha  
CRM: 38071 TEOT: 12983  
Trauma do Estômago e Artroscopia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

MOD. 76 - HUT



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. 13

# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		EDINALDO BARBOSA DE SOUSA		Nº DE REGISTRO		36.0207	
DATA:	27.05.15	P. ARTERIAL	130x80	PULSO	78	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜEO	HEMATIMETRIA	36.9%	HEMOGLOBINEMIA	12.3	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA						DOS. URÉIA	

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA			
SISTEMA CIRCULATORIO		ROR em 2T (cirurgia cardiaca aos 5 anos - SIC)	
SISTEMA RESPIRATORIO		MU+ A/RA	
SISTEMA DIGESTIVO		xruu > 8hs	
ESTADO MENTAL		consciente, orientado	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO		Fratura de patela Dn	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		Dormonal 2.5mg	

SISTEMA URINARIO		CORTICOIDES		ATARAXICOS		OUTROS	
FÍSICOS		APLICADO AS		EFEITOS			

AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGENIO		TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500		1. Identificação	
TEMPERATURA T		SANGUE 300		2. Monitorização	
P. ARTERIAL V O PULSO		OUTROS 100		3. Anestesia	
INÍCIO E FIM ANESTÉSIA X				4. Sedação	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				5. Dormonal 3mg	
RESPIRAÇÃO O				6. Raquel	
SÍMBOLOS				7. Ventolyn 1mg	
				8. Difenidramina 5mg	
				9. Berba 10mg	
				10. Clonitazem 10mg	
				11. Clonitazem 2mg	
				12. Ondansetron 4mg	
				13. Clonitazem 5mg	
				14.	
				15.	

TÉCNICAS Raqui-anestesia		DURAÇÃO	
--------------------------	--	---------	--

OPERAÇÕES Tbo. cirurgia patela de patela		INCIDENTE - ACIDENTE	
--	--	----------------------	--

CIRURGIÕES Dr. Wilamirido		CONDICÕES PÓS-OPERATORIO IMEDIATAS	
---------------------------	--	------------------------------------	--

ANESTESISTAS Dra. Eliana Saraiva		ARUANA SEGUROS	
----------------------------------	--	----------------	--

PARTICULARIDADES		1-0 SET 2015	
------------------	--	--------------	--

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 Barros de Souza

Diagnóstico pré-operatório

Fx. Comum de Pálida

Operação - Tipo

Periclitomia

Cirurgião

Dr. W. S. S.

1º Assinante

Dr. S. S.

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesiado

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Ø

Acidente Durante a Operação

Não tem

20.09.15

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Fx. de DNH por Regulação
- 2) Mandibular + Arterial + Coração
- 3) Fx. de Mesen. comum no fôlego
- 4) Resposta de fechamento parcial do fôlego superior
- 5) Fx. de fôlego de fôlego de fôlego
- 6) Fx. de fôlego de fôlego de fôlego
- 7) Fx. de fôlego de fôlego de fôlego
- 8) Fx. de fôlego de fôlego de fôlego

ARUANA SEGUROS

10 SET 2015

MOD 76 - HUT



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. 15



CLÍNICA

**São Bernardo**  
consultas e exames

\* CONSULTAS MÉDICAS \* ELETRICARDIOGRAMA  
\* RADIOLOGIA \* CITOLOGIA  
\* ULTRA-SOMGRAFIA \* COLPOSCOPIA  
\* 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](mailto:clinicasaobernardo@yahoo.com.br)

Paciente : EDINALDO BARBOSA DE SOUSA  
Convênio : PLANO POPULAR  
Médico : 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 íntegros.
- Partes moles sem alterações.

#### CONCLUSÃO:

- EXAME RADIOLÓGICO NORMAL.

Dr. José Lustosa Elvas Parente  
CRM-PI 444  
Radiologista

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

Exames sofrem influência de fatores como: idade, sexo, estresse, uso de remédios, cirurgias, ciclo menstrual, gravidez, etc.  
Assim, sugere-se ao médico, com condições de interpretar corretamente os resultados.

JS





Prefeitura de  
**Timon**

SECRETARIA MUNICIPAL DE

**SAÚDE/SUS**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA



**SAMU  
192**

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB-03 24-05-13

NOME DO PACIENTE: Edineildo Barbosa de Sousa

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Transferência do H.P.A.

SEXO M ☒ F ☐ IDADE: 23 anos

SAÍDA DO P.A.: 03:40 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"/> PSIQUIÁTRICO  |
| <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 type="checkbox"/> ENVENENAMENTO        | <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA      |  |
| <input type="checkbox"/> CRISE CONVULSIVA     | <input type="checkbox"/> URGÊNCIA CARDÍACA E DIABÉTICA |  |
| <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 120 x 60
- PULSO 80
- RESPIRAÇÃO sat: 97%

OBSERVAÇÕES: paciente consciente apresentando prurito  
exposto 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"/> REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR   | <input type="checkbox"/> KED                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> CURATIVOS                    | <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL      |                                 |
| <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES | <input type="checkbox"/> ASSIST. OBSTETRÍCIA |                                 |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

- ☐ MELHORADO
- ☐ PIORADO
- ☐ INALTERADO
- ☐ ÓBITO
- ☐ ANTES DO SOCORRO
- ☐ ANTES DO TRANSPORTE
- ☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: UPA

Equipe Tec: Sandra

mot: Daniel

**ARUANA SEGUROS**

**10 SET 2015**

RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL


RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO Jo





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

Da Unidade <b>HTA</b>	Para Unidade
Paciente <b>Edinaldo Bardenas de Souza</b>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<p>Paciente vítima de acidente automobilístico, transportado por SAMU. Consciente, orientado, vitas, sem ferimentos, boa responsabilidade financeira, em acompanhamento clínico, atual hemodinamicamente, Glasgow 15. Exatidão exposta de João D. Sobrito regularização para estadia de viagem</p>	
Data <b>24/09/15</b>	 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para Unidade
DIAGNÓSTICO	
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  
10 SET 2015

57



# FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			
EDINALDO BARBOSA DE SOUSA					
DATA: 27.05.15	P. ARTERIAL 130x80	PULSO 78	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	Nº DE REGISTRO 36.025.14
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA 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 54 anos - SIC)					
SISTEMA RESPIRATÓRIO MV+AI/RA					
SISTEMA DIGESTIVO xruu > 8hs					
ESTADO MENTAL consciente, orientado					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de patela Sn					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) Dormonid 2,5 mg					
APLICADO AS EFEITOS					
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	TOTAL DE DOSES			
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 300 200 100				
TEMPERATURA T	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
RESPIRAÇÃO O	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
SÍMBOLOS					
TÉCNICAS Raqui-anestesia					
DURAÇÃO					
INCIDENTE - ACIDENTE					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS					
PARTICULARIDADES					

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

HUT-SAME  
CONFIRME COM ORIGINAL  
TERESOPOLIS, RJ  
SERVIDOR



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

Edmundo Barbosa de Souza

Diagnóstico pré-operatório

Fx. Comprimido de Pálido

Operação - Tipo

Pericardiotomia

Cirurgião

Dr. Walmir

1º Assinante

Dr. Assunção

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesiado

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Ø

Acidente Durante a Operação

Não tem

HUT-SAME  
CONFERE COM ORIGINAL  
TERESINA  
SERVIDOR

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

1. Fx. de MMA pt. Regulação
2. Mandar + Siga + Coração
3. Fx. menor abdo. - pericardio
4. Realizado Pericardiotomia para inspeção
5. de Pálido
6. Inspeção de fígado e pulmões
7. Pericardiotomia
8. Fx. de TCS
9. Anestesia

ARMARIA SEGUROS  
10 SET 2015

MOD. 76 - HUT



DOCUMENTO 6 "T6%"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA  
2855746 SSP PI

CPF  
035.336.093-75

DATA NASCIMENTO  
02/11/1968

FILIAÇÃO  
ANTÔNIO BATALHA DE SOUSA  
MARIA LUCIA BARBOSA DE SOUSA

SEXO  
M

CATEGORIA  
A3

VALIDADE  
29/12/2018

HABILITAÇÃO  
07/01/2010

Nº REGISTRO  
0485736552

1012682945

Edinaldo Barbosa de Sousa

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO  
06/01/2015

LOCAL  
TERESINA

14101905786  
PI315018640

DETRAN - PI (PIAUI)

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

20







## 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  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Edinaldo Barbosa, cujo o condutor era  
Edinaldo Barbosa de Sousa.

Veículo: motocicleta  
 Modelo: Honda CB Fan 125 KS  
 Ano: 2013  
 Placa: 0UA-4135  
 Chassi: 96ZJC4L10DR416279  
 Data do Acidente: 24/05/2015  
 Local e Data: AV. PIAUI PROXIMO AO POÇO (ISCA/TIMCOM-MA) 24/05/2015

Antonio Batalha de Sousa  
 Assinatura do Declarante

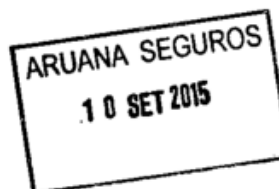
Edinaldo Barbosa de Sousa

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

**NAILA BUCAR** 2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis,  
 Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas  
 Rua David Cabral, 167/II Teresina-PI - fone: (86) 3221-7090 - email: nylabucar@nailabucar.com.br  
 Bel Lysia Bucar Lopes de Sousa - Titular

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO BATALHA DE SOUSA DOU FE. EM TEST. 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)







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edinaldo Barbosa de Sousa

RG nº 2855246, data de expedição   /  /  , Órgão SSP/PI

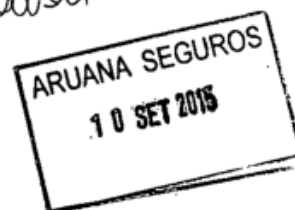
CPF nº 035.336.093-75 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Wilson Carvalho</u>
Número	<u>3061</u>
Apto / Complemento	<u>laxa</u>
Bairro	<u>Tabuleira</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64.018210</u>
Telefone de Contato	<u>(86)3221-5607</u>
E-mail	<u>ednaseguros@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Edinaldo Barbosa de Sousa



23





Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1622-7

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

Nº da Nota Fiscal 000475970

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2015	03/08/2015	98	67,04

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	DATAS DA LEITURA
Atual:	6138	Atual: 16/07/2015
Anterior:	6040	Anterior: 05/06/2015
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 16/08/2015
Consumo Medido:	98	Emissão: 24/07/2015
Consumo Faturado:	98	Apresentação: 24/07/2015

Forma de Pagamento:	NORMA	Código de Regulação:	Dados de Consumo:

Classe/Subclasse	Utição	Número Medidor	Posto	Código Falt.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	725748			

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/15 2	CONSUMO 98 A R\$ 0,636905 = 62,41
MAI/15 9	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
ABR/15 9	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,38 4,63
MAR/15 4	
FEV/15 24	
JAN/15 0	
DEZ/14 0	
NOV/14 0	
OUT/14 0	
SET/14 0	

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
8 A 98 - 0,473809

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

PERÍODO DE VENCIMENTO: 03/08/2015  
BILHETE DE PAGAMENTO: 000475970  
O valor devido é de R\$ 67,04 (sessenta e sete reais e quatro centavos).  
O valor devido é de R\$ 67,04 (sessenta e sete reais e quatro centavos).  
O valor devido é de R\$ 67,04 (sessenta e sete reais e quatro centavos).

#### RESERVADO AO FISCO:

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	INPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 15,96	Base de Cálculo: 62,41
Energia: 23,76	Alíquota ICMS: 20,00%
Transmissão: 1,85	Valor do ICMS: 12,48
Encargos: 4,80	Valor do PIS: 0,63
Tributos: 16,04	Valor do COFINS: 2,03

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	Valor	Índice	Valor
Índice de Continuidade	100,00%	Índice de Continuidade	100,00%

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015

24





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otonio Tito 1820 Redenção - Fone: 26 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

VICINHO

NEURO SUS SUS

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 24/05/2015 04:55:30

## DADOS DO PACIENTE:

User: MARCELO PORTO  
(Estação: PA-02)

Nome: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA		Prontuário: 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
C. 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		
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Sim	Convênio: S U S	Maus Tratos: Não

## DADOS CLÍNICOS:

Poli trauma c/ TC, montado no macuto, relatando dor em ombro (D), joelho (D) e fratura exposta em alto patelar. Sem outras queixas.

PA	X	mmHg
Diagnóstico Inicial:		

DOCUMENTO 3 "T3%"



Temp.:

CID:

## CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1. Rx ombro (D)
2. Rx joelho (D)
3. SE 109% 500H (EU) 30 k/m
4. Tifalre 404 01 ap + AT (EU) 10:00

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

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
DESTINO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.		
DATA SAÍDA: / /		HORA: :	
PROCED. SOLICITADO:		CID Compatível:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>ARUANA SEGUROS</b>  <b>10 SET 2015</b> </div>			

Marcelo Coelho V. Albuquerque  
MÉDICO  
CRM-PI 5242

Carimbo- Assinatura Profissional - BE

Assinatura Paciente ou Responsável



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**Eu, Edinaldo Barbosa de Sousaportador da carteira de identidade nº 2855746 e inscrito no CPF/MFsob o nº 035.336.093-75 residente e domiciliado na Rua WilsonCarvalho, Tabuleta nº 3061Cidade 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

(X) 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 prazos superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

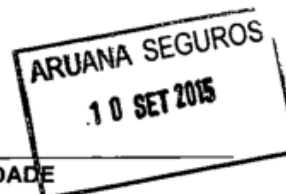
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de **invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre**, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do 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 91º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa previa **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, 15Edinaldo Barbosa de Sousa

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE



3





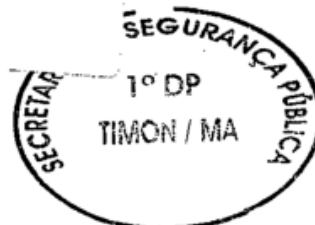
ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL

PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1 DP TIMON

Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro, Fone: (99)3212-5002.



**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: PIAUI

Nº: 00 CEP:

Bairro: GUARITA

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: PROX. POSTO FISCAL

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

EDINALDO BARBOSA DE SOUSA (26), do sexo masculino, Brasileiro, Solteiro, exercendo a profissão de Técnico de refrigeração, RG Nº: 2855746/SSPP, nascido em 02/11/1988, natural de Teresina - PI, PAI: ANTONIO BATALHA DE SOUSA e MÃE: MARIA LUCIA BARBOSA DE SOUSA, Endereço: Wilson Carvalho, 3061 - Bairro: Taboleta - CEP: 64018-210 - Teresina - PI.

**EXAMES SOLICITADOS**

LESÃO CORPORAL

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)**

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA E RELATA CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA OUA-4135, MARCA/MODELO: HONDA CG 125 FAN KS, ANO 2013/2013, COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO BATALHA DE SOUSA, NA AVENIDA PIAUI, BAIRRO GUARITA, QUANDO AO FAZER A CURVA, O COMUNICANTE/VÍTIMA ACIONOU O FREIO DA FRENTE DA MOTOCICLETA E O PNEU DA REFERIDA MOTOCICLETA DERRAPOU E BATEU NO MEIO FIO, OCASIONANDO A SUA QUEDA DA MOTOCICLETA; QUE O COMUNICANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU USB 03 ONDE INFORMA PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO VÍTIMA 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/VÍTIMA APRESENTOU POLITRAUMA C/TCE, RELATANDO DOR EM OMBRO DIREITO, JOELHO DIREITO COM FRATURA EXPOSTA EM PATELAR.

ARUANA SEGUROS  
10 SET 2015



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO DE VEÍCULOS  
FUNDADO EM 1934 - LEI Nº 1.352/34

OCORRÊNCIA Nº 0037013 - Registrada em 21 de Agosto de 2019 às 9:15h

**FAVOR UNIFICADO**  
 Ocorrencia registrada no dia 21/08/2019 às 09:15h, no 1º Distrito Policial de São José, sob o nº 0037013, envolvendo a ocorrência de uma colisão entre dois veículos, sendo um veículo de passeio e um veículo de transporte coletivo. O veículo de passeio, de cor preta, modelo Volkswagen Gol, placa ABC-1234, pertencente ao Sr. João da Silva, colidiu com o veículo de transporte coletivo, de cor branca, modelo Mercedes-Benz T2, placa XYZ-5678, pertencente à Empresa de Transporte X Ltda. O acidente ocorreu na Rua Principal, nº 100, no bairro Centro, às 08:30h. Não houve ferimentos ou danos pessoais. Os veículos foram removidos para o estacionamento da delegacia para a realização de perícia. O condutor do veículo de passeio, Sr. João da Silva, foi identificado e possui CNH válida. O condutor do veículo de transporte coletivo não foi identificado. A ocorrência foi registrada pelo 1º Distrito Policial de São José, sob o nº 0037013.

**DESCRIÇÃO DO FATO**  
 O fato ocorreu no dia 21/08/2019 às 08:30h, na Rua Principal, nº 100, no bairro Centro, em São José. Um veículo de passeio, de cor preta, modelo Volkswagen Gol, placa ABC-1234, pertencente ao Sr. João da Silva, colidiu com o veículo de transporte coletivo, de cor branca, modelo Mercedes-Benz T2, placa XYZ-5678, pertencente à Empresa de Transporte X Ltda. O acidente ocorreu na Rua Principal, nº 100, no bairro Centro, às 08:30h. Não houve ferimentos ou danos pessoais. Os veículos foram removidos para o estacionamento da delegacia para a realização de perícia. O condutor do veículo de passeio, Sr. João da Silva, foi identificado e possui CNH válida. O condutor do veículo de transporte coletivo não foi identificado. A ocorrência foi registrada pelo 1º Distrito Policial de São José, sob o nº 0037013.

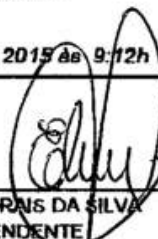


ESTADO DO MARANHÃO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1 DP TIMON  
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro , Fone: (99)3212-5002.



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 SOUSA  
COMUNICANTE



2





ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE LIMON - 1 DE LIMON  
Endereço: PRESIDENTE MÉDICE, 1537 - Centro, Fone: (081) 3243-8003

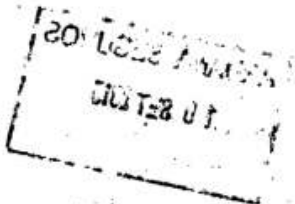


OCCORRÊNCIA Nº: 24978012 - Registrada em 21 de Agosto de 2012 às 08:12h

ELVIS MORAIS DA SILVA  
ATENDENTE

JOSEFON DA SILVA CARVALHO  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

EDUARDO BARBOSA DE SOUSA  
COMISSÁRIO







Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DI

DOCUMENTO 1 "T1%"



IVAT

Nº DO SINISTRO

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 SousaPORTADOR(A) DO RG Nº 2855746 EXPEDIDO POR SSP / PI EM    /    /    ECPF 035336093-25 / 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    Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)    Nº 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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1606 Nº 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.

Terezinha de 03 de Setembro de 2015 Edinaldo Barbosa de Sousa

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 0800-0221204.

10 SET 2015

ARUANA SEGUROS



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. 31



22

