

Controle de docum x Audiências x Controle de docum x PJ Consulta processo: x PJ 0808564-27.2020.8 x PJ 0813699-20.2020.8 x Combine arquivos x +

← → Não seguro | tjpi.pjejus.br/Lg/Processo/ConsultaProcesso/Detail/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=523490&ca=5347ab1c19fcb92bdf7fd9... ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

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

**PJE** ProceComCiv 0813699-20.2020.8.18.0140  
 HELTON PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

10680856 - CONTESTAÇÃO (2732074 CONTESTACAO 01)  
 Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/07/2020 12:03:38

08 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 10680853 - CONTESTAÇÃO
    - 10680856 - CONTESTAÇÃO (2732074 CONTESTACAO 01)
    - 10680858 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 10680865 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 10680867 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 10680869 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELAMENTOS

12 de 10

**JOÃO BARBOSA**  
 ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

PROCESSO: 08136992020208180140

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

PROCESSO ADMI...pdf    contestação baixada.pdf    Exibir todos X

12:15 08/07/2020



Número: **0813699-20.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HELTON PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10680 858	08/07/2020 12:03	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT: 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Melton Pereira da Silva CPF da Vítima: 008.847.123-38 Data do Acidente: 06.10.2017

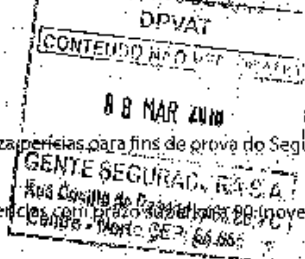
REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Melton Pereira da Silva CPF do Representante Legal: 008.847.123-38  
E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): (26) 994729591

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo máximo de (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 da 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 a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Hy, Pi 07 de 03 de 18

Local e Data

Melton Pereira da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V007/2017





Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	06/12/18 18:59 3896 17:50 18:00			
	11 Bairro	12 Município UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	18:39 18:39			
	14 Nome	15 Sexo		Masculino 2-Feminino 9-ignorado	
Tipo de Ocorrência	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		1- Sim 2- Não 9- ignorado	
	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física- espancamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física- FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física- FAS 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 16 - Exames complementares			
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local de lesão
	ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- A voz 2- A dor 1- Nenhuma	5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	Pulso Resp. PA TAX SatO2	
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	ESCALA DE DOR DE 0 A 10
	1- Iguais 2- Desiguais	1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	1- Sim 2- Não	0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa	30 Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2- Não 3- Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Franchal/engulsão <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigenio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b) c)	1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	1- Sim 2- Não	<input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar	3 Observações Interdisciplinar				
	Paciente vítima de uma colisão entre moto e carro que se deu na pista da rua principal; a vítima sofreu lesões em...				
Assinatura do Médico		Assinatura do Enfermeiro		Assinatura do Condutor	
[Assinatura]		[Assinatura]		[Assinatura]	

08 MAR 2019  
CENTRO DE ATENDIMENTO  
NÃO REMOVIDO  
Centro - Norte CE: 54.82.9





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Rito 1820 Rodenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 09.522.917/0022-62

0270

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Emp: 06/12/2017 18:22:53

User: VALDENE NASCIMENTO  
Estação: PROCURADIA

*BE NTE OZ 30/11*

Nome: **HELTON PEREIRA DA SILVA** Prontuário: **315042**

Mãe: **SEBASTIANA PEREIRA DOS SANTOS SILVA** Pai: \_\_\_\_\_

End. Resid.: **QD117 CS A LOT16 - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010**

Nascimento: **31/10/1983** Idade: **34a:2m:5d** Sexo: **Masculino** Fone: **86-98864-2314**

Responsável: **RALMUNDO** CNS: **898004169366028**

Profissão: **CONSTRUTOR** CPE: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

G. Instrução: **Superior Completo** E. Civil: **Solteiro(a)**

End. Local: \_\_\_\_\_

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: **640317** Data: **06/12/2017 18:30:53** Condução: **AMBULANCIA DO SAMU**

Motivo da Procura: **ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)** Convênio: **SUS**

Acid. Trab.: **Não** Trajetof.: **Não** Típico: **Não** CID Secundário: **V299**

DADOS CLÍNICOS:

*Presente vítima de acidente motociclistico, colisão moto-carro, há cerca de 4h, trazido pelo SAMU, imobilizado com mancha rígida e colar cervical. Negar TCE, subarreamento, náuseas e vômitos. A: Pernas verbalizando B: MV presente bilateralmente C: Abdome indolor, pulsos presentes, estável hemodinamicamente D: Gargalho AS, Pupilas isocôricas e fotomacúlas E: Dor em coxa D, imobilizada, encurtações em braços E*

TA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ bpm Temp.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Solicitado: RX coxa D Perna D / Tórax Delq.*

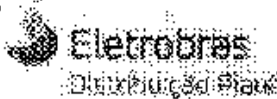
**RAIO-X REALIZADO**  
DATA *06/12/2017*  
TÉCNICO: *Adalberto*

ALTA:  Melhorado  Administrativa  Retornar à Cuid. Origem: \_\_\_\_\_  
 Curado  Por Indisciplina  Transferência: \_\_\_\_\_  
 Inalterado  Por Evasão  DATA SAÍDA: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
 A Pedido  DESTINO: \_\_\_\_\_ DPVAT \_\_\_\_\_

ÓBITO:  Até 24 Hs  Família  Internação na Unidade  Procad. Solicitado: *0408050519*  
 De 24 a 48 Hs  IML  CIB Compatível: *23*  
 Após 48 Hs  Anat. Patol. \_\_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_ Carimbo - Assinatura - Profissional - BE





## ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301393-5

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 323632

RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS

CJ RAIMUNDO PORTELA, S/N. Q 70 LT 01 C A

PROMORAR

64027160 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO 432083	MÊS 01/2018	PERÍODO DE CONSUMO 11/12/2017 a 09/01/2018
CONSUMO (kWh) 232	VENCIMENTO 10/02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 207,29

## OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada  
- Ligue EDFI: 0800 088 0200

autenticação eletrônica

recorte aqui

## ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

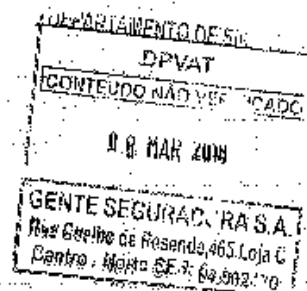
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301393-5

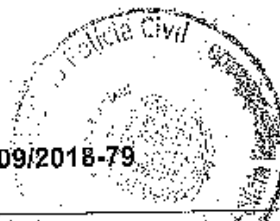
CÓDIGO ÚNICO 432083*	MÊS 01/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 207,29
-------------------------	----------------	-----------------------------

83690000024.072800170001.00000000430.208301180054





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000209/2018-79**

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 18/01/2018 - 10:41

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

427891

Data/Hora  
06/12/2017 - 17:00

Tipo Local  
VIA PÚBLICA

Município  
TERESINA

Bairro  
BELA VISTA

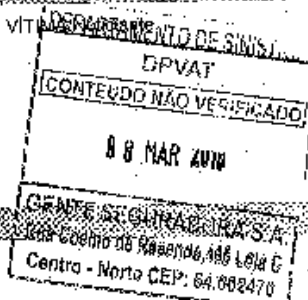
Endereço  
ESTACIONAMENTO DO ATACADÃO BELA VISTA, Nº:  
Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: HELTON PEREIRA DA SILVA  
RG: 210193186PPI  
Mãe: SEBASTIANA PEREIRA DOS SANTOS SILVA  
Endereço: Q.78, LOT.01, C.A. Nº  
Bairro: PROMORAR  
Cidade: TERESINA  
Telefone(s): 99-8402-7388

Tipo Envolv.: VIT



**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência  
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/CG 150 TITAN, ANO 2015/2015, PLACA PIM-5862, DE PROPRIEDADE DO SR. JANAELSON FERREIRA DE BRITO, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO-II CARRO, NÃO IDENTIFICADO, QUE EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUI. PRONTUÁRIO DE Nº315042. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576  
AGENTE DE POLÍCIA

HELTON PEREIRA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221203 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar ("Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

IMPEDIMENTO DE PAGAMENTO  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
08 MAR 2018  
COMPANHIA SEGURO SAI  
RUA CARLOS DE ALMEIDA, 1000  
CENTRO, MONTAÇAS, GOIÁS  
CEP: 73.024-70

Número do Sinistro ou ASL: 008.847.123-38 CPF da Vítima: 008.847.123-38 Nome completo da vítima: Hilton Pereira das Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL.**

Nome completo: Hilton Pereira das Silva CPF titular da conta: 008.847.123-38 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Endereço: Cj. Rainha do Portela RD-70 LT-DL CS-A Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Próximo Cidade: Teresina Estado: PE CEP: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): (86) 99912-8591

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECUSO INFORMAR  SEM RENDA  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00  R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 BRDESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  FNU (341)  
 CAIXA-ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA: 1987 CN: 013 CONTA: 504044 DV: 0  
Informe o dígito se existir; Informe o dígito se existir;

BANCO: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_  
Informe o dígito se existir; Informe o dígito se existir;

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconcilho e dou plena quitação do valor indenizado.

Ter, 07 de 03 de 18  
Local e Data

Hilton Pereira das Silva  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC: 4600 226 0191  
 DUPLICATA 0000 225 7474  
 SUBTORIA 0000 225 7474

033-30420022-1

30/ JAN/ 2018 HORA DE: 11:05:49

OT: 10-14799-9 TERMO: 002021

LOCALIDADE: TERESINA CONTROL: 00303183

DE: VINICULASA: 1067

DEPOSITO EM DINHEIRO

1067 013 00104014-0

HELTON PEREIRA DA SILVA

VALOR

ESTE RECIBO E VALIDO COMO  
 COMPROVANTE DE DEPOSITO

033-30420022-1

DEPARTAMENTO DE  
 OPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

08 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Credit de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.012



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Carta nº: 12625492

A/C: HELTON PEREIRA DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180111516  
**Vítima:** HELTON PEREIRA DA SILVA  
**Data do Acidente:** 06/12/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

**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: **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **00000104044-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	1.687,50

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

**Graduação:** Em grau médio 50%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (50% de 25%) 12,50%

<b>Valor a indenizar:</b> 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
--	-----	----------

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

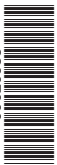
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01975/01976 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020988



Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: HELTON PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3180111516  
Vítima: HELTON PEREIRA DA SILVA  
Data do Acidente: 06/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180111516** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01269/01270 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12526726



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180111516**

Vítima: **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **06/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180111516**.

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

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01125/01126 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 12497426



# 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: 02/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: HELTON PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000104044-0

---

---

Nr. da Autenticação 3A68028C006FC954



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180111516 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELTON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 06/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR N DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

### DANOS

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

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180111516 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELTON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 06/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisaria baixa do femur direito

**Descrição do exame médico pericial:** Presença de lesão cicatricial em face lateral da coxa direita, hipotrofia muscular em coxa direita; edema leve em tornozelo direito; extensão do joelho direito completa, restrição de flexão do joelho direito em 90°.

**Resultados terapêuticos:** Paciente relata ter sofrido acidente de trânsito em 06/12/17, foi submetido em 11/12/17 a osteossíntese de fratura supracondiliana do femur direito com placa dcs 95° e parafusos, recebeu alta hospitalar em 12/12/17; evoluindo com restrição de flexão do joelho direito em 90°; hipotrofia muscular discreta em coxa direita.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do joelho devido a limitação da flexão articular (90 graus) - Sequela pós cirúrgica, sem descrição de outros tratamentos.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Raphael Neves Bona

**CRM do médico:** 2485

**UF do CRM do médico:** PI

### 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: HELTON PEREIRA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 2101631 SSP-PI

CPF: 008.847.123-38

Profissão: CONTADOR

Endereço: C.S. RAIMUNDO PORTELA RD-70 LT-04 CS-A - PROMORNE

CEP:

Telefone: 86 9472-9591 / 8807-7370

OUTORGADO:

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

RG: 2.212.129

CPF: 839.502.303-00

Profissão: CORRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUI

CEP: 64.000-090

Telefone: ( 86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804

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

Vikima HELTON PEREIRA DA SILVA

TERESINA 16 JUNHEIRO 2018

Helton Pereira da Silva

Local e Data



Assinatura do OUTORGANTE

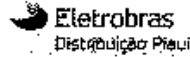
(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)



Cartório Transcrições Sampaio 3º Ofício de Notas Escrevente Autorizada Teresina - PI







Para saber mais com a Eletrobras, informe o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Inscrição Fiscal / Caixa de Energia Eólica - Série B-1  
Regime Especial de Imposto sobre Energia - Lei nº 10.438 de 26 de maio de 2002

Nº da Nota Fiscal: 000537202

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

CONTA Nº	TUO MÊS	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
----------	---------	---------------	---------------------

KEYLLY NOURA DE OLIVEIRA  
R. RUI BARBOSA 3814 3814 B-URBANO  
COC - 000295023000

DADOS DE LEITURA		DADOS DE FEITURA	
Mês:		Mês:	
Anterior:	15321	Anterior:	13/10/2017
Constante de Multiplicação:	15147	Próxima Leitura:	14/09/2017
Constante Medida:	1,000	Emissão:	13/11/2017
Consumo Habitação:	174	Representação:	15/10/2017

MACRO DADOS DO CONSUMO DO BARRIO

Grupo/Subgrupo	Atividade	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês de 12 meses
----------------	-----------	----------------	-------	-------------	-----------------

DETALHES (kWh)		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês de consumo			
SET/17	153	CONSUMO	174 A R\$ 0,707682 = 123,13
AGO/17	152	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	11,03
JUL/17	150	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	1,91
JUN/17	182	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	2,72
MAI/17	150		
ABR/17	122		
MAR/17	126		
FEV/17	156		
JAN/17	187		
DEZ/16	212		
TARIFA SEM TRIBUTOS: B-A 174 - R\$ 528,56			

PENSAMENTOS IMPORTANTES / REVISÃO DE VINCULAMENTO

RESERVADO AO FISCO

CONDIÇÃO DA FONTE - R\$		IMPOSTOS SÓBRE O PRODUTO - R\$	
Distribuição:		Estado do ICMS:	
Energia:	26,24	Alíquota ICMS:	123,13
Transmissão:	49,01	Valor do ICMS:	20,00%
Encargos:	7,85	Valor do PIS:	24,62
Tributos:	7,95	Valor do COFINS:	1,16

INDICADORES DE CONTINUIDADE

4,95	9,91	19,82	3,17	6,35	12,70	2,77
------	------	-------	------	------	-------	------

TERESINA 08/2017 37,07

ROT: 10.001.34.46.110410

	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI CNPJ: 06.840.748/0001-89   Ins. Estadual: 19.301.383-5	MES FATURADO	VENCIMENTO
	Nº da Nota Fiscal: 000537202	FCAM

83660000001 9 34160017000 3 00000001305 2 22331017008 7



COC - 000295023000 15/11/2017 12:05:22.33 AT VET - 13/10/2017 T ENTP - 02

DEPARTAMENTO DE SVS  
OPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICAR  
08 MAR 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Sueli de Resende, 465 Loja C  
Centro - Niterói GER: 06.602





# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Laraine de Oliveira inscrito (a) no CPF 839.509.303-00 / na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Nelson Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.847.123-38 do sinistro de DPVAT cobertura Frustrada da Vítima Nelson Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.847.123-38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

DEPARTAMENTO DE SA  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
08 MAR 2018

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

DPVAT, Residência Informada  
Rua Odeite de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 04.802-770

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Rui Barbosa</u>		Número <u>3814</u>	Complemento
Bairro <u>Pq. Alameda</u>	Cidade <u>Tererina</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99472-9691</u>

Tererina, 07 de 03 de 18  
Local e Data

Keylly Laraine de Oliveira  
Assinatura do Declarante



01/2017

Declaração do proprietário do veículo

Eu, JANAELSON FERREIRA DE BRITO

RG nº 3450614, data de expedição 24/02/14

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº.

062.700.243-90, com domicílio na cidade.

De TERESINA no Estado de PIAUI

Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada)

RD-30 LOTE 10 CG-B

nº \_\_\_\_\_ complemento PROMORA

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é ( era ) de

Minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Nelson Pereira da Silva

Era Nelson Pereira da Silva

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX

Ano: 2015

Placa: PIM-5862

Chassi: 9C2KCL660FR040471

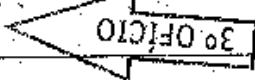
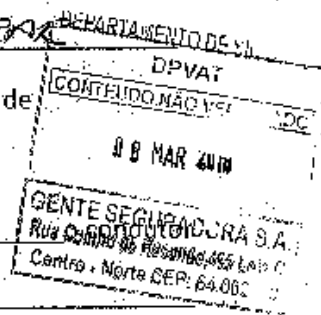
Data do acidente: 06.12.2017

Local e Data: TERESINA 15 JANUÁRIO 2018

JANAELSON FERREIRA DE BRITO

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro)



Cartório Transcrições Sampaio  
3º Ofício de Notas  
Judite de Castro Cardoso  
Escritório Comarcário  
Teresina - PI





HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
08 MAR 2020  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Abílio de Resende 465 Loja C  
Centro - N.º 10 GE 2764-110

NOME DO PACIENTE: Helton Perreira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 315042

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Nogueira 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 35.522.917/0022-02

ORTO



BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 05/12/2017 18:32:53

DADOS DO PACIENTE:

(Data: VALÉRCIO PARRISTE  
Instado: RDC/PC/CPA)

*Handwritten: NTEO, 12/2017, 06/30/17*

Nome: **HELTON FERREIRA DA SILVA** Frontuário: **315042**

Mãe: **SEBASTIANA FERREIRA DOS SANTOS SILVA** País: \_\_\_\_\_

End. Resid.: **QD117 CS A LOT:6 - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010**

Nascimento: **31/10/1983** Idade: **34a:2m:5d** Sexo: **Masculino** Fone: **86-98864-2034**

Responsável: **RAIMUNDO** CNS: **898004169366828**

Profissão: **CONTADOR** CPF: \_\_\_\_\_ \* RG: \_\_\_\_\_

G. Instrução: **Superior Completo** E. Civil: **Solteiro(a)**

End. Local.: \_\_\_\_\_

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: **640317** Data: **06/12/2017 18:30:53** Condução: **AMBULÂNCIA DO SAMU**

Motivo da Procura: **ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)** Convênio: **S J S**

Acid. Trab.: **Não** Trajeto?: **Não** Típico: **Não** CID Secundário: **9299**

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico, colisão moto-carro, há cerca de 1h, trazido pelo SAMU, imobilizado com prancha rígida e colar cervical. Nega TCE, rebolamento, náuseas e vômitos. A: Pérvias, verbalizando B: MV presente bilateralmente C: Abdome indolor, pulsos presentes, estável hemodinamicamente. D: Glasgow 15, Pupilas isocóricas e reativas E: Dor em coxa D, imobilizada, encurtamentos em braço E

T<sub>ax</sub>: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ bpm Temp.: \_\_\_\_\_

Registros Iniciais: \_\_\_\_\_

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado: **RX coxa D / Rmax / Pelve**

**RAIO-X REALIZADO**  
DATA **06/12/2017**  
TÉCNICO: *Adalberto*

ALTA:  Melhorado  Administrativa  Retornar à Unid. Origem: \_\_\_\_\_  
 Curado  Por Indisciplina  Transferência: \_\_\_\_\_  
 Inalterado  Por Evasão

DESTINO:  
 Até 24 Hs  Família  
 De 24 a 48 Hs  EML  
 Após 48 Hs  Anat. Patol.

DATA SAÍDA: \_\_\_\_\_

Internação na Unidade

Proced. Solicitado: **0908050519**

CID Compatível: **3**

Internação: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE ORTO  
 DPVAT  
 18 MAR 2018  
 GENTE SEGUAR S.A.  
 Rua Cordeiro de Rosende, 405 Loja C  
 Fone: 86 3311-8888

*Handwritten Signature: Raimundo P... Coutinho*  
 Assinatura Paciente ou Responsável

*Handwritten Signature: Raimundo Soares Coutinho*  
 Raimundo Soares  
 Ortopedista  
 CRM 3339/PI-07/2004  
 Carimbo - Assinatura - Profissional - ORT





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente: Helton Pereira da Silva

Diagnóstico pré-operatório: Fratura distal de fêmur

Operação - Tipo: Redução cirúrgica + fixação interna com placa

Cirurgião: Dr. Fernando C. de Oliveira

2º Assistente: Dr. Bruno Jr. Bruno

3º Assistente: Dr. Bruno Jr. Bruno

Instrumentador(a): Dr. Fernando C. de Oliveira

Anestésico(a): Anestesia

Data da Operação: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-operatório: \_\_\_\_\_

Dr. Fernando C. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: PI 3467 - RPPS: 119131

1º Assistente: Dr. Bruno Jr. Bruno  
3º Assistente: Dr. Bruno Jr. Bruno  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 42451 - RPPS: 11438

DEPARTAMENTO DE  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
08 MAR 2020  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Côrda de Rosário, 905 Loja C  
Centro - Natal - RN - 54.109-700

Relatório Imediato do Patologista: \_\_\_\_\_

Acidente Durante a Operação: \_\_\_\_\_

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

- 1) Paciente em DDH sob raqui-anestesia
- 2) Preparo Habitual
- 3) Via lateral direta em Corte @ com extensão até joelho
- 4) Redução cirúrgica + fixação interna com placa DCS longa + parafusos em distal de fêmur sob radioscopia
- 5) Revisão de Hemostase
- 6) Fechamento por planos
- 7) Curativo





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

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

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: Helton Pereira da Silva **PROT. Nº \_\_\_\_\_**

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_ Nº DA SALA: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

AUXILIAR: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: Célia Maria CPF Nº: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
UPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
18 MAR 2020  
CENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Casimiro de Resende, 485 Loja C  
Centro - N.º 10 CEP: 64.002-70

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	05		LÂMINA DE BISTURI <u>124</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	05		LUVA Nº <u>0815</u>	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	05		LUVA Nº <u>06507</u>	PAR	05	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	05	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	1	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>Crepon 200</u>	UNID.	04	
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCORRÊNCIA</b>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>20</u>	<u>UN</u>	<u>03</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>	<u>UN</u>	<u>02</u>		CIRCULANTE: <u>69142</u>			
PROLENE							

Assinado eletronicamente por:  
Município de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

com-f

MOD - 094





NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	FMA-00 APT.	LEITO
EDNAN SOARES COUTINHO			MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS				
	HORÁRIO				
DATA: / /	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
	HORA: :				
1 - Dieta geral					
2 - SF 0.9% 500ml EV de 12/12h					
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/8h					
4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h (sustentado)					
5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h					
6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h <sup>ap</sup>					
7 - CCGG + SSVV					
8 - Cloranvic 4g - 5g por dia					
9 - Transil por 30 em 2/24					

DEPARTAMENTO RESM  
DE VAT  
CONTENIDO NÃO VERIFICADO  
08 MAR 2020

COMPANHIA SEGURO S.A.  
Rua Sueli de Resende, 45 Loja C  
Centro - Niterói RJ - CEP: 24020-000

Dr. Ednan Soares Coutinho  
CRM RJ 12949

MÉDICO (CFM):

Mod: 007





FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE *HUT*

NOME DO PACIENTE <i>Wilton Kreier da Silva</i>				Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>11.12.19</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ASA 1</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Supr. ou</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>o alarço</i>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					RISICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
		<i>500</i>	<i>1000</i>	<i>1700</i>	TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	[Handwritten graph for oxygen]				
	1					
	2					
LÍQUIDOS	SD-URTO 500	[Handwritten graph for SD-URTO]				
	400					
	SANGUE 200					
TEMPERATURA	38	[Handwritten graph for temperature]				SEQUÊNCIA
	38					
	38					
P. ARTERIAL V O PULSO	200	[Handwritten graph for arterial pressure]				1 Monitorar 2 pipó condutor 3 pipó condutor 4 1/2 - 1/2 1/2 op 5 6 250, 1/2 1/2 7 8 1/2 op de m r 9 10 11 12 13 14 15
	180					
	160					
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X	[Handwritten graph for anesthesia start/end]				
	X					
	X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	X	[Handwritten graph for operation start/end]				
	X					
	X					
RESPIRAÇÃO	O	[Handwritten graph for respiration]				
	O					
	O					
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS <i>Raqui</i>				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES <i>Fratura de fêmur D</i>				[Handwritten notes and signature]		
CIRURGIÕES <i>Ernando</i>						
ANESTESISTAS <i>du</i>						
[Stamp: Lena Parente Casella, ANESTESISTA, CRM-2544]				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS <i>boa</i>		
PARTICULARIDADES						

MOD 76 - HUT





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNAMENTO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Keyelly Moura de Oliveira*

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

0041100

CAIXEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VINCULADO  
08 MAR 2020  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.092470

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO Nº: 2.212.129 DATA DE EMISSÃO: 21/10/14

NOME: KEYELLY MOURA DE OLIVEIRA

RELIGIÃO:

EVA MOURA DA SILVA  
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

BARÃO DE GRAJAU-MA DATA DE INSCRIÇÃO: 18/12/1979

DOC. ORIGINAL

CERT. MASC. 39751 L 53A F 097

EXP. TERESINA-PI 27/08/99

TIPO DE VEÍCULO: 839.502.303-00 ASSINATURA DO INSCRITO: LEI Nº 7.119 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/93

UNIDADE DE REGISTRO: TERESINA-PI



**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.**

Número do Sinistro: **3180111516**

Nome do(a) Examinado(a): **HELTON PEREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Conjunto Raimundo Portela, s/n, q 70 It 01 casa A - Promorar - Teresina - PI - CEP 64027-160**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2.101.631**

Data e local do acidente: [ **06/12/2017** ] **TERESINA-PIAUI**

Data e local do exame: [ **27/03/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*fratura diafisaria baixa do femur direito(cid 10:s 72.4);*

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*paciente relata ter sofrido acidente de transito em 06/12/17,foi submetido em 11/12/17 a osteossintese de fratura supracondiliana do femur direito com placa dcs 95º e parafusos,recebeu alta hospitalar em 12/12/17;evoluindo com restricao de flexao do joelho direito em 90º;hipotrofia muscular discreta em coxa direita;*

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*presenca de lesao cicatricial em face lateral da coxa direita,hipotrofia muscular em coxa direita;edema leve em tornozelo direito;extensao do joelho direito completa,restricao de flexao do joelho direito em 90º;*

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[  ] Sim [  ] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo 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"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em 180 dias

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

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.**



Raphael Neves Bona - CRM: 2485 - PI

