

Controle de documentos x Audiências x Controle de documentos x PJ Consultas processos - Pro x PJ 0813707-94.2020.8.18.0 x Baixar o arquivo | iLoveP x +

Não seguro | tjpj.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=523502&ca=21670d737aee2f7bbdf7fd9... ☆

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

PJE ProceComCiv 0813707-94.2020.8.18.0140 JOSE JOELSON DA SILVA MOURA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

10678889 - CONTESTAÇÃO (2732414 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/07/2020 11:23:20

08 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10678882 - CONTESTAÇÃO
 - 10678889 - CONTESTAÇÃO (2732414 CONTESTACAO 01)
 - 10678890 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10679145 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10679146 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10679148 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

11:23

downloadBinario.seam 1 / 11

2732414- CS/ 2020-02487/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08137079420208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PT 11:23 08/07/2020



08/07/2020

Número: **0813707-94.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE JOELSON DA SILVA MOURA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10678890	08/07/2020 11:23	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074.
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

Imp: 03/02/2019 00:37:06
(User: BRUNO MOURA)
(Estação: SALADEGESSO-PC)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		Prontuário: 138192
Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA	Pai: GONCALO PEREIRA DE MOURA	
End.Resid.: AV CELSO PINHEIRO, 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento: 23/11/1981	Idade: 37a2m9d	Sexo: Masculino Fone: -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc:	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 326843	Entrada: 02/02/2019 22:32:08	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ APROXIMADAMENTE 3H, PACIENTE RELATA QUE SE DESLOCAVA DO SEU LOCAL DE TRABALHO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUANDO PROXIMO DE CHEGAR EM SUA CASA UM CACHORRO ADENTRA INESPERADAMENTE À FRENTE DE SUA MOTOCICLETA. APRESENTA ANTEBRAÇO DIREITO DESLOCADO. FÁCIE DE DOR INTENSA. NEGA CEFALÉIA E VERTIGEM, NEGA DOR TORÁCICA.		ISAAC ALCOFORADO COREN PI - 315.296 Em: 03/02/2019 00:04:12

SSVV:	(Hora: :)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MÚLTIPLOS TRAUMATISMOS REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR À MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUMNA CERVICAL, TORÁCICA E LOMBAR. TRAUMATISMO DE ANTEBRAÇO DIREITO QUE EVOLUIU EM DOR E EDEMA

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina - Piauí

Diagnóstico Inicial:
?

CID:

Exames Complementares:

Rx fratura de galeazzi

Prescrição Médica:

1. DIETA ORALLIVRE
2. SF 0,9% 1000ML EV P/24H
3. OMEPRAZOL 40MG 1 AMP EV 1X/DIA
4. DIFENIDRAMINA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS
5. TILATIL 40 MG + AD EV 12/12h

Motivo da Alta/Encerramento:

Alta Administrativa

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
CRM-5338 Em: 03/02/2019 00:37:05





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

Unidade: UPA Renascença

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 02/02/2019

Id Paciente: UR138192

Data do laudo: 19-02-2019

Raio X de Antebraço Direito

- Fratura no terço médio/ distal da diáfise radial, com desvio entre os segmentos.
- Restante da estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Everardo Leal Abreu
Médico Radiologista
CRM-PI: 5067

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina - Piauí





Fundação Municipal de Saúde



17 577 205/0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA Renascença III	Para: HUT(ORTOPEDIA)
PACIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MULTIPLOS TRAUMATISMOS LEVES REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES. TRAUMATISMO DE ANTABRAÇO DIREITO QUE RESULTOU EM DOR E EDEMA APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORACICA E LOMBAR. rx fratura de galeazzi cid s52 CD . ENC P CIRURGIA	
TERESINA-PI 03/02/2019 00:40	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI _/_/_	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo





Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA Renascença III	Para: HUT(ORTOPEDIA)
PACIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MULTIPLOS TRAUMATISMOS LEVES REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES. TRAUMATISMO DE ANTABRAÇO DIREITO QUE RESULTOU EM DOR E EDEMA APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORACICA E LOMBAR. rx fratura de galeazzi cid s52 CD . ENC P CIRURGIA	
TERESINA-PI 03/02/2019 00:40	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI _/_/_	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

Confere Com o Original
frama
CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina - Piauí
280219



RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada 326843 onde se lê:

Pai: GONCALO PEREIRA DE MOURA

Leia-se:

Pai: GONÇALO FERREIRA DE MOURA

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renasença III - CEP 64.082-110
Teresina - PI

Teresina (PI), 28 de fevereiro de 2019


Eduardo Oliveira da Cunha
Chefe de Recursos Humanos
Mat: 78670
UPA Renascença

AUXILIAR ADMINISTRATIVO



Rua Rio Verde, 2810 – Renascença III.
Teresina-PI. CEP 64082-110.
CNPJ: 05.522.917/0035-19



86 3234 -7074



upa24h.fht@outlook.com



UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA
RUA RIO VERDE, 2810 RENASCENÇA III - FONE: 06 3234 7074
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.209/0018-32

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 326843

Imp: 03/07/2019 00:37:06

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		Leito:	
Nome:	JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	Prontuário:	138192
Tipo Sanguíneo:		Peso (Kg):	0,00
	Fator RH:	Altura (m):	0,00
		IMC (Kg/m ²):	0,00

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:							
			HORA:	T:	P:	R/satO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese
1.	DIETA ORAL/LIQUIDA		06:00	36	80		110/70		121	
2.	SF 0,9% 1000ML EV 9/24H									
3.	OMEPRAZOL 40MG 1 AMP EV 1X/DIA									
4.	DIPLOIDA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS									
5.	TIATIL 40 MG + AD EV 12/12h									
6.	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SOS									
7.	BROMOPRIDA 10MG 1 AMP + AD EV 8/8 HS - SOS									
8.	MANTER MEMBRO ELEVADO									
9.	MANTER EM OBSERVAÇÃO ATÉ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR									
10.	SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS									

REGISTROS DE ENFERMAGEM:


 250219
 Original Com o Original
 UPA - RENASCENÇA
 Rua Rio Verde, nº 2549
 Renascença III - CEP 04022-110
 Tereosina - Biot





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 506891933	Nº REGULAÇÃO: 59331	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 323 7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		NASCIMENTO: 23/11/1981

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MÚLTIPLOS TRAUMATISMOS LEVES REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES. TRAUMATISMO DE ANTEBRACO DIREITO QUE RESULTOU EM DOR E EDEMA. APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO, GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABECA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORÁCICA E LOMBAR. RX FRATURA GALEAZZI ENCAMINHO PARA CIRURGIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

RX

DIAGNÓSTICO(CID): FRAT DO ANTEBRACO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 03/02/2019 01:41:06

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CAMBIO



Alto



NOME DO PACIENTE: josé jelson da Silva meire
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 501542

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

4/16/2019
10:00

Imp: 03/02/2019 09:32:41
(User: CAMILA NORBERTA)
(Estação: RECEPCAO2)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		Prontuário: 501542
Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA	Pai: GONCALO FERRERIA DE MOURA	
End.Resid.: AV CELSO PINHEIRO 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 23/11/1981	Idade: 37a2m10d	Sexo: Masculino Fone: 86-98811-8376
Responsável: LUCIA	CNS: 702603291209848	
Profissão: OPERADOR DE MAQUINA	Documento: CPF: 034.385.713-82	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 705844	Entrada: 03/02/2019 09:28:46	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)						
Peso: Kg	Altura: M	IMC:	Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Acidente com dor no pulso

(7)

Diagnóstico Inicial:

fract pulso



Exames Complementares:

R2, 24

Prescrição Médica:

Dr. Hugo
Ortopedia
da r
Calvo

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável
+ Maria Lúcia de Moura





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 03/02/2019 09:32:41
(CAMILA NORBERTA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		Prontuário: 501542
Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA	Pai: GONCALO FERRERIA DE MOURA	
End. Resid.: AV CELSO PINHEIRO 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 23/11/1981	Idade: 37a2m10d	Sexo: Masculino Fone: 86-98811-6376
Responsável: LUCIA	CNS: 702603291209848	
Profissão: OPERADOR DE MAQUINA	Documento: CPF: 034.385.713-82	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 705844	Data: 03/02/2019 09:28:46	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__ Carimbo/Assinatura Solicitante

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__ Carimbo/Assinatura Solicitante

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





PRESCRIÇÃO MÉDICA.

MÉDICO ASSISTENTE

ENF. OU AP LEITO

NOME DO PACIENTE
José Joelson d

PRONTUARIO

CLÍNICA	
Ortopédica	

DATAHORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

03/02/19

1	Dietary restriction <i>low</i>
---	---

Visto Nutricional

2 SF 0,9% 1000 ML EV EM 6H

3|Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h

4) Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h

5 Ranitidina 50 mg + AD EV 8/8 h

6	Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS
---	--------------------------------

7	CCGG
---	------

→ Beziehungen
M. B. 1991/1992

08/10/2015

CONFIDENTIAL

Dr. William J. Porter
1000 1st St. N.E.
Washington, D.C. 20002

Ch. Andrew

Dr. Fernando C. de Oliveira
pediatria e dermatologia
3452 - TEOT 1192

HORARIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

7:30 PM. 155x19. 0.39 mL





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

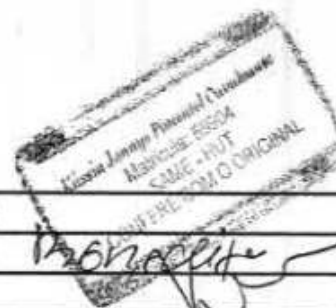
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 05/02/19

NOME DO PACIENTE:	Jose Jackson da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	501512
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Bloqueio	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Fernando Couto	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Conceição	CPF Nº:	
ANESTESISTA:	José	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Marcia Gomes	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	01	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	01	onde
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	110		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		alcofils 11	01		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:	11	03	
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Prepam			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	30	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	20	01		CIRCULANTE:			
PROLENE							





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Jose Jackson da Silva Moura
Diagnóstico pré-operatório Fratura - Luxação de Golezzi
Operação - Tipo R.A.F.I. e placa + parafusos + Fio K
Cirurgião Fernando Coutinho 1º Assistente Conceição
2º Assistente João 3º Assistente João
Instrumentador(a) Maria Gomes Anestesia B.P. Bburaui
Anestésico(a) Silvino e Propofol 2% 40 mL
Data da Operação 05-02-19 Início 11:00 h Fim 12:00 h

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Corte reto sob suguento de presso
- 2) Expor o local
- 3) Via dorsal + via medial + dissecação
- 4) Localização do fraturamento do rádio através do acesso medial
- 5) Redução
- 6) Fixação com placa + parafusos
- 7) Fixação da art. rádio-ulnar dorsal e lateral
- 8) Lavagem e SF 0,9%
- 9) Suturas
- 10) Curativo

Dr. Fernando L. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 - TEOT 11913

Mod. 76 HUT





BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE :		CNPJ:	
PACIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA			
RG.HOSPITAL: 232234		COD.SIG TAP: 070203089	
DATA:	ALTA:	USADO: 05/02/19	
PROCEDIMENTO: 0408020458			
MEDICO: DR. FERNANDO	CPF:	CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote QTD

[illegible]

responsável pelo Preenchimento





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

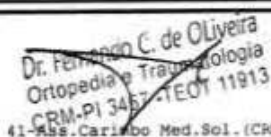
1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	23223

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	6 - Prontuário: 501542
7-CNS: 702603291209848	8-Nascimento: 23/11/1981
9-Sexo: Masculino	CPF: 034.385.713-82
11-Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA	12-Fone: 86-98811-8376
13-Resp: LUCIA	14-Fone: 86-98811-8376
15-End: AV CELSO PINHEIRO 3572 - PARQUE RODOVIÁRIO - CEP: 64000-010	
6-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408020458		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidata:
0702030899	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)		1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA			

38-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	 Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 34577-TCO 11913 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	CPF	
39-Data Solicitação:	40-No.Doc. Med. Solic.:	
05/02/2019	217.817.218-07	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fract. dist. rádio

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	/ /	
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	/ /	





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: João Soares de SousaProcedimento: Osteotomia para correção de deformidade

Sala:

Alergia:

Data:

Observações:

04/02/19

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. Celulose 1g													
2. Midazolam 5mg													
3. Fentanyl 50mcg													
4. Glorax 15mg													
5. Propofol 200mg													
6. Lidocaine 200mg													
7. Ropivacaine 100mg													
8. Diprivan 1g													
9. Desflurane 10g													
10. Sevoflurane 10g													
11. Nitrous Oxide 10g													
12.													
13.													
Oxigênio													
Volatil													

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 10
☐ Cat. Venoso nº 20 G
☐ Dificuldade aces. venoso
☐ Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº 7
☐ LMA nº 4

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PNI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☐ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☒ Bloqueio Periférico pl. 1-2
☐ Outros

Decúbito: Prone

SPO2 (%)	100	100	100
ETCO2 (mmHg)	40	40	40
Aces. Venoso			
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia:

Dr. João de Freitas
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 5876

Anestesiologista



LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI

05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU/ARAUJO
Rua Magalhães Filho, nº 1 - J. C. - Centro
CEP: 84001-350
Teresina - PI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: União Anjos 2 - CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE: JOSE JOEHO DA SILVA NOVA 5 - DATA DE NASCIMENTO: _____

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 7 - CPF DO PACIENTE: _____

8 - NOME DA MÃE: _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO: _____

10 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____ 11 - TELEFONE DE CONTATO: _____

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO): _____ 13 - SEXO: ☐ Masc. ☐ Fem. 14 - RAÇA/COR: _____

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____ 17 - UF: _____ 18 - CEP: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO: _____ 20 - NOME DO PROCEDIMENTO: Fibrot. Laringe 21 - CID-10: R20

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: POS - q. Obstrutiva F.M. LAR. (1) 23 - CID-10 PRINCIPAL: J54.3 24 - CID-10 SECUNDÁRIO: _____ 25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

26 - OBSERVAÇÕES: TAMPA DO M. LAR. (1) - M. D. R. do pulmão e glândulas
LOWEY HABILITAF

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: [Assinatura] 28 - DATA DA SOLICITAÇÃO: _____ 29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): [Assinatura]

30 - DOCUMENTO: () CNS () CPP: 644351213-81 31 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____ 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): [Assinatura]

AUTORIZAÇÃO

33 - CID: _____ 34 - CID DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 35 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

36 - COD. ORGÃO EMISSOR: _____ 37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 38 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): _____





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

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA
Data do exame: 25/02/2019

Id Paciente: LA412225
Data do laudo: 27-02-2019

Raio X de Antebraço Direito

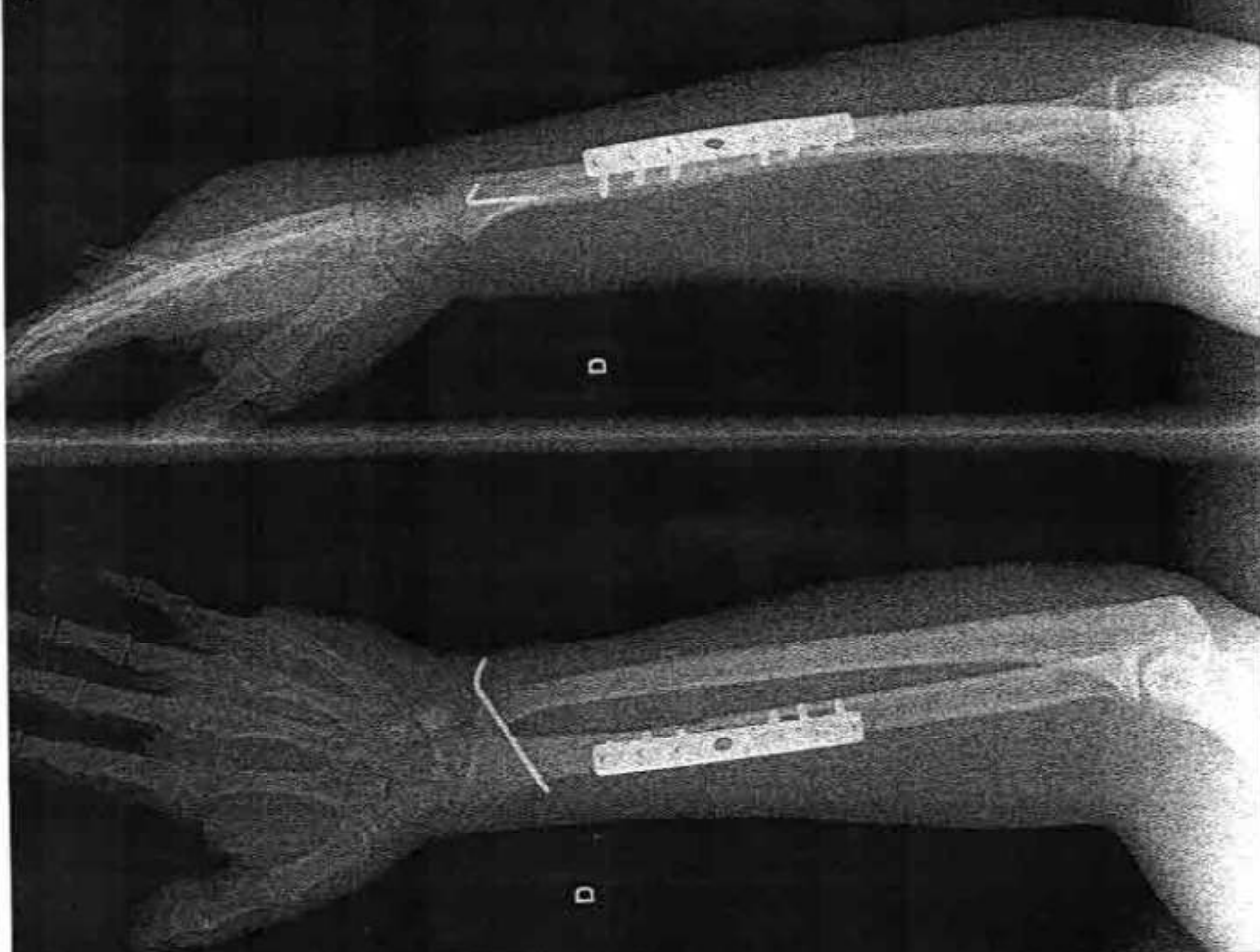
Aspecto pós-cirúrgico com materiais metálicos na diáfise média do rádio e na extremidade distal radio-ulnar.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373



FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
25/02/2019
13:22:11

44.29%



SE, JELSON DA SILVA MOURA
037Y O LA412225
Nasc.: 23/11/1981
ANTE-BRACO, FRN
UP_EXM
2140 X 1760

W: 1023 L: 511



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 11:23:19

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070811231944900000010130516>

Número do documento: 20070811231944900000010130516



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

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 25/02/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 11-03-2019

Raio X de Punho Direito

- deixa eu matar colocar alisado nas porções distais do rádio e Una.

Placa e parafusos localizados na porção distal do rádio.

- Estrutura óssea íntegra.

- Espaços articulares preservados.

- Partes moles sem particularidades.

Dr. Joelson Oliveira Moreira
Médico Radiologista
CRM-PI: 2353



FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
25/02/2019
13:22:35

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA JOSE, JELSON DA SILVA MOURA

25/02/2019 037Y O LA412225

13:22:35 Nasc: 23/11/1981

COTOVELO, LAT

UP_EXM

Im: 2 / 2

2370 X 1770

78.02%

D

78.02% W: 1023 L: 511

SE, JELSON DA SILVA MOURA

25/02/2019 037Y O LA412225

13:22:35 Nasc: 23/11/1981

COTOVELO AP

UP_EXM

Im: 1 / 2

2370 X 1770

W: 1023 L: 511

D



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 11:23:19

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070811231944900000010130516>

Número do documento: 20070811231944900000010130516



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

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

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 29/03/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 02-04-2019

Raio X de Antebraço Direito

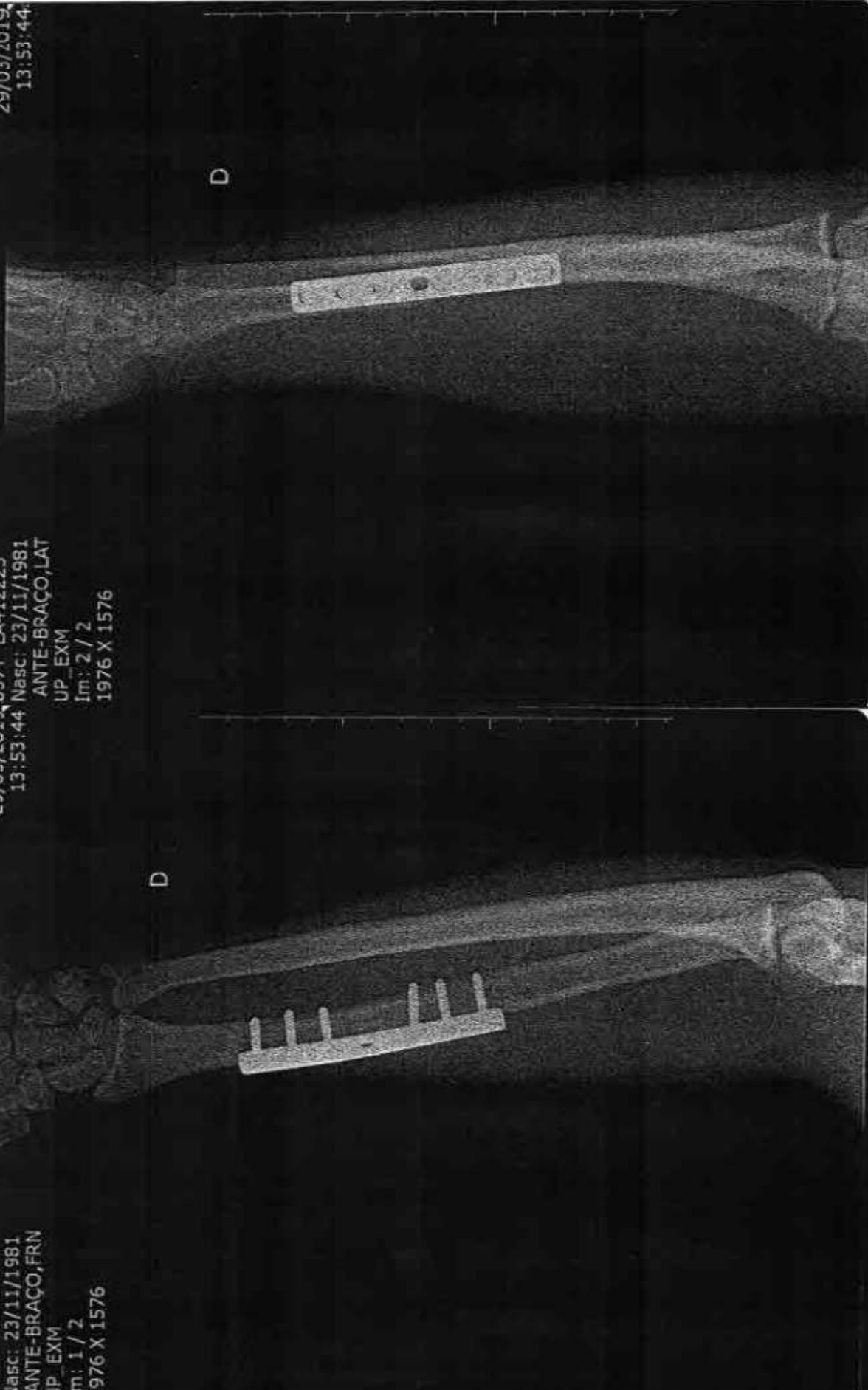
Aspecto pós-cirúrgico de osteossíntese da diáfise média do rádio, com placa e parafusos metálicos de fixação.

Espaços articulares preservados.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373



JOSE, JOELSON DA SILVA MOURA FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA JOSE, JOELSON DA SILVA MOURA FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
37Y LA412225 29/03/2019 037Y LA412225 29/03/2019
13:53:44 Nasc: 23/11/1981 13:53:44 Nasc: 23/11/1981
ANTE-BRACO,FRN ANTE-BRACO,LAT
UP_EXM UP_EXM
Im: 1 / 2 Im: 2 / 2
1976 X 1576 1976 X 1576



W: 1023 L: 511 58.41% W: 1023 L: 511 58.41%





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

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 25/02/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 27-02-2019

Raio X de Cotovelo Direito

- Estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373



JOSE, JELSON DA SILVA MOURA
037Y O LA412225
Nasc: 23/11/1981
COTOVELO AP/PERFIL
UP_EXM
1576 X 1976

D

D

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA

25/02/2019
13:23:57

W: 1023 L: 511

80.18





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 29/03/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 03-04-2019

Raio X da Mão Direita

- Antecedente de manipulação cirúrgica no rádio e na ulna.
- Superfícies e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373





29/03/2019
13:54:50

29/03/2019 037Y LA412225
13:54:50 Nasc: 23/11/1981
MÃO, OBL
UP_EXM
Im: 2 / 2
2370 X 1770

7Y LA412225
Nasc: 23/11/1981
MÃO, FRN
UP_EXM
Im: 1 / 2
2370 X 1770

78.02%

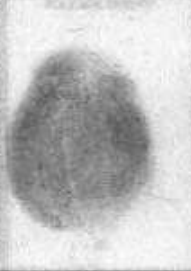
78.02% W: 1023 L: 511

W: 1023 L: 511



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Jose Joelson da Silva Moura

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL

2.702.305

DATA DE
EXPIRAÇÃO

13/03/19

JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

MARIA PEREIRA DE MOURA

GONÇALO FERREIRA DE MOURA

SÃO FÉLIX DO PIAUÍ-PI

DATA DE NASCIMENTO

23/11/1981

CERT. NASC. 6703 L 11A F 287

EXP SÃO FÉLIX DO PIAUÍ 2701/82

034.385.713-82

LEI Nº 7.116 DE 29/04/83 - DECRETO Nº 89.280/83



- | | |
|---|--|
| ☐ 01. MUDOU-SE | ☐ 07. AUSENTE |
| ☐ 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ 08. NÃO PROCURADO |
| ☐ 03. NÃO EXISTE Nº INDICADO | ☐ 10. OBJETO DANIFICADO |
| ☐ 04. FALECIDO | ☐ 11. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE |
| ☐ 05. DESCONHECIDO | ☐ 12. FALTA COMPLEMENTO ICOLETIV/GUI |
| ☐ 06. RECUSADO | ☐ 13. CAIXA POSTAL CANCELADA |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

RUBRICA DO RESPONSÁVEL: _____

MATRÍCULA: _____



MUDE PARA A CONTA ONLINE.

VOCÊ ACESSA SUA CONTA DE ONDE ESTIVER.
SAIBA MAIS EM OLCOM.BR/MINHAOI.



CTCE VILA MARIA SPM PL 15
ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
RUA MARIA CARLOS DA SILVA, 2527
SAO BENEDITO
65636-230 TIMON MA



7213512820 08630 00000112857 30 240119

FALE COM A GENTE - GRÁTIS 103 31
INTERNET OLCOM.BR
AUXÍLIO À LISTA 102*

*Serviço sujeito a cobrança. Consulte seus operadores.

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em lotérica, sem a apresentação do fatura, está sujeita a cobrança. Para mais informações ligue 103 31.

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA ICSPÍ DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 102.
31 01 • 12 CTBC • 13 Posar • 16 Telefônica • 18 Viacom • 17 Transat • 19 Spelon • 21 Embratel • 23 Inatel • 24 Primeira Escoteira • 25 GVT
26 01T • 28 Alparmeiro • 29 T-Lenta • 32 Convergência • 34 ETN • 35 Daystone • 37 Golden Line • 38 TESA • 39 Engovox • 41 TIM • 42 07 Group
43 Sercomtel • 45 Global Crossing • 48 Hoje Telecom • 47 BT Communications • 50 OBTARA • 57 Nacru • 68 Voztel • 62 Opton • 63 Hefia Brasil
65 Telecom 95 • 67 ALDOLA • 71 Dollarphone • 81 Sermetel • 84 9BT • 85 America Net • 91 IPCorp • 95 Amigo Telecom

ANATEL - 1331

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO E GANHE BENEFÍCIOS.

Com o Débito Automático, você não corre o risco de perder a data do vencimento.
LIGUE 103 31 OU ACESSSE OLCOM.BR/MINHAOI E SAIBA MAIS.



Preencha este cupom, destaque e entregue em uma agência bancária credenciada. Você só tem a ganhar.	
AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO	
Autorizo debitar mensalmente em minha conta corrente o valor da nota fiscal / fatura, conta telefônica.	
Nome _____	CPF/CNPJ _____
Banco _____ Agência _____	Conta Corrente n. _____
Assinatura _____	Data / / _____
SERVIÇO GRATUITO	

CÓDIGO PARA DÉBITO
AUTOMÁTICO

160800374461



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Andressa Laurinda da Costa Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.031.113 / 03,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ JOELSON DA SILVA MOURA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 034.385.713 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima
JOSÉ JOELSON DA SILVA MOURA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.385.713 / 82, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Maria Carlos da Silva</u>		Número <u>2527</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>São Benedito</u>	Cidade <u>Timon</u>	Estado <u>MA</u>	CEP <u>65636-230</u>
Email <u>andressa-seguros@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(86) 99819 1714</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 98836 3230</u>	

TIMON-MA, 16 de OUTUBRO de 2019
Local e Data

Andressa Laurinda da Costa Sousa
Assinatura do Declarante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 034.385.713-82 4 - Nome completo da vítima: José Joelson da Silva Moura

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

5 - Nome completo: José Joelson da Silva Moura 6 - CPF: 034.385.713-82
7 - Profissão: Operador de Máquina 8 - Endereço: Rua Raimundo Pereira Magalhães 9 - Número: 2364 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Bandeirante 12 - Cidade: Timonium 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65633-260
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8-9883 8376

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3389 CONTA: 57847 7 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Timonium-MA 35 de Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) José Joelson da Silva Moura

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Amélia Laurinda da Costa Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 03/02/2019 00:37:06

(User: BRUNO MOURA)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		Prontuário: 138192	
Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA	Pai: GONCALO PEREIRA DE MOURA		
End. Resid.: AV CELSO PINHEIRO, 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 23/11/1981	Idade: 37a2m9d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: Reg.Nasc:	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 326843	Entrada: 02/02/2019 22:32:08	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ APROXIMADAMENTE 3H, PACIENTE RELATA QUE SE DESLOCAVA DO SEU LOCAL DE TRABALHO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUANDO PROXIMO DE CHEGAR EM SUA CASA UM CACHORRO ADENTRA INESPERADAMENTE À FRENTE DE SUA MOTOCICLETA. APRESENTA ANTEBRAÇO DIREITO DESLOCADO. FACIE DE DOR INTENSA. NEGA CEFALÉIA E VERTIGEM, NEGA DOR TORÁCICA.		ISAAC ALCOFORADO COREN PI - 315.296 Em: 03/02/2019 00:04:12

SSVV:	(Hora: :)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MÚLTIPLOS TRAUMATISMOS REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDÍCO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORÁCICA E LOMBAR. trauma de antebraço direito que evoluiu em dor e edema

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina - Piauí

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
---------------------------	------

Exames Complementares:

rx fratura de galeazzi

Confere Com o Original

Jramat

280219

Prescrição Médica:

1. DIETA ORALLivre
2. SF 0,9% 1000ML EV P/24H
3. OMEPRAZOL 40MG 1 AMP EV 1X/DIA
4. DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS
5. TILATIL 40 MG + AD EV 12/12h

Christina

Motivo da Alta/Encerramento:

Alta Administrativa

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
CRM-5338 Em: 03/02/2019 00:37:05



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

392 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001700/2019-14

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Leão Carlos

Data/Hora: 07/05/2019 - 16:32

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CELSO PINHEIRO, Nº:

Complemento

553999

55 4000 (DAMS)

Data/Hora

02/02/2019 - 22:00

Bairro

TRÊS ANDARES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

RG: 2702305

Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA

Endereço: RUA CELSO PINHEIRO, Nº 3572

Bairro: TRÊS ANDARES

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8811-8376

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150, ANO 2015, PLACA PIC-6852, PROPRIETÁRIO/TESTEMUNHO DO FATO DAVID NUNES DE CARVALHO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UM CACHORRO PASSOU NA FRENTE DE SUA MOTO, ONDE O MESMO PERDEU O CONTROLE E CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO PROPRIETÁRIO DA MOTO, ENCAMINHADO PARA UPA DO RENASCENÇA, PRONTUÁRIO 138192, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 501542. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Leão Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce Ribeiro Leão Carlos
Escrivão de Polícia

1 José Joelson da Silva Moura

JOSE JOELSON DA SILVA MOURA - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587394

Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000017847-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 034.385.713-82 4 - Nome completo da vítima: José Joelson da Silva Moura

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

5 - Nome completo: José Joelson da Silva Moura 6 - CPF: 034.385.713-82
7 - Profissão: Operador de Máquina 8 - Endereço: Rua Raimundo Pereira Magalhães 9 - Número: 2364 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Bandeirante 12 - Cidade: Timuim 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65633-260
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 8-98811 8376

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389 ☐ CONTA: 37847 ☐ 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Timuim-MA 35 de Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2/2019







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587394

Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

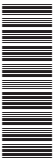
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14979175

Pag. 00851/00852 - carta_01 - INVALIDEZ

00030426



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:	29/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000017847-7

Nr. da Autenticação 87E93B64F3E131ED



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360608/19

Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

CPF: 034.385.713-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2019

Titular do CPF: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

JOSE JOELSON DA SILVA MOURA : 034.385.713-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
CPF: 055.031.113-03

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Jose Joelson da Silva Moura
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
IDENTIDADE: 2-902.305
CPF: 034.385.713-82
PROFISSÃO: Operador de maquinas
ENDEREÇO: Rua Raimundo Pereira Magalhães nº 2464 - Vila Bandeirante
CEP: 65633-260 TELEFONE: (86) 98853 8376
COBERTURA: Invalidez e DAMS DATA DO ACIDENTE: 02.02.2019

OUTORGADO:

NOME: **ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**
NACIONALIDADE: **BRASILEIRA**
ESTADO CIVIL: **SOLTEIRA**
IDENTIDADE: **2.956.420 SSP-PI**
CPF: **055.031.113-03**
PROFISSÃO: **AUTONOMA**
ENDEREÇO: **RUA MARIA CARLOS DA SILVA nº 2527 BAIRRO: SÃO BENEDITO**
CEP: **65636-230**
TELEFONE: **86-99819 1714 86-98836 3230**

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 documento necessário junto à seguradora, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

VITIMA: Jose Joelson da Silva Moura



Timon-MA 14 de Outubro de 2019
(local e data)

Jose Joelson da Silva Moura
reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL
Comarca de
Dr. Raimundo Lucas de
Tabelião



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Jose Joelson da Silva Moura
Em Testemunho Assento da verdade.
Timon(MA), 14/10/2019
Jandaina Jansen Carneiro e Silva
Jandaina Jansen Carneiro e Silva
Escrivente



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587394 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360608/19

Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

CPF: 034.385.713-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2019

Titular do CPF: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

JOSE JOELSON DA SILVA MOURA : 034.385.713-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
CPF: 055.031.113-03

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



