

Control: x Audiência: x Upload: x Tribuna: x Portal: x PJE Acesso: x Consu: x PJE 081372: x Caixa de: x Whats: x Downlo: x +

Não seguro | tpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=523518&ca=ea583a83f6ba8a923fe4cac... | ☆ | 🔍 | 📄 | 📁 | 📧 | 📞

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

PJE ProceComCiv 0813720-93.2020.8.18.0140
RONALDO PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

10707517 - CONTESTAÇÃO (2732415 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 09/07/2020 12:58:20

09 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10707516 - CONTESTAÇÃO
 - 10707517 - CONTESTAÇÃO (2732415 CONTESTACAO 01)
 - 10707521 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10707524 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10707525 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10707527 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

12:58

downloadBinario.seam 1 / 11

2732415- CS/ 2020-02488/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08137209320208180140

prot + proc adm.pdf | prot + proc adm.pdf | prot + cont.pdf | pa.pdf | c.pdf | Exibir todos x

PT 12:58 09/07/2020



09/07/2020

Número: **0813720-93.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª 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? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RONALDO 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
10707521	09/07/2020 12:58	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190662294

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

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\$ 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%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000057209-4

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

Pag. 00721/00722 - carta_15R - INVALIDEZ





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

CONTA MÊS
SETEMBRO/2019

VENCIMENTO
01/10/2019

CONSUMO (kWh)
162

TOTAL A PAGAR (R\$)
164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

LEP: 04.000-902 - FERESINA		R01: 17.001.31.11.020100	
DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo					
AGO/19	158	CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 =	147,77	
JUL/19	151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		12,74	
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00		0,01	
MAI/19	140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00		0,16	
ABR/19	143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00		0,24	
MAR/19	153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00		0,03	
FEV/19	204	MULTA POR ATRASO 08/19-00		2,89	
JAN/19	133	JUROS POR ATRASO 08/19-00		0,43	
DEZ/18	136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	6,47		
NOV/18	160				

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 162 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO				EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77		115,26		
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%				
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:			32,50		
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%		1,62		
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	6,49%		7,48		
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
		DIC		PIC		DMIC	
		Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual
Limite		5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
Realizado		0,00			0,00		0,00
Composto	TERESINA-MACALIBA	Período de apuração:		07/2019		R\$50:	
						53,46	

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070912581941300000010156512

Número do documento: 20070912581941300000010156512

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3389 013 CONTA: 57209 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vair 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.

NAO ALFABETIZADO

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

o Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO - Nº 20485

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito (Com pessoa ferida ou morta)
TIPO DE ACIDENTE: Colisão com outro veículo DATA: 04/08/2019 HORA: 19:49:55
MUNICÍPIO: Teresina LOGRADOURO: Av. Josue De Moura Santos Nº: 3405

CONDUTORES					
Veículo Nº 1 Placas OVW0491	Condutor	Francisco Ferreira Barros Neto			CNH 05947887675
	Sexo	Masculino	Idade	28	
	Endereço	Rua São Tomé número 6438 bairro São Francisco município de TERESINA			
	Proprietário	Francisco Ferreira Barros Neto			
	Veículo: Marca / Modelo	FORD/KA SE 1.0 HA B	Espécie	Passageiro	Ano
Veículo Nº 2 Placas NIW7542	Condutor	Francisco Ferreira Barros Neto			CNH 05947887675
	Sexo	Masculino	Idade	28	
	Endereço	Rua São Tomé número 6438 bairro São Francisco município de TERESINA			
	Proprietário				
	Veículo: Marca / Modelo	I/SHINERAY XY 50 Q	Espécie	Passageiro	Ano

DANOS NOS VEÍCULOS	
Veículos	Danos
OVW0491	Lateral direita [paralama, paracheque, roda dianteira], Para-brisa [quebrado], Para-choque dianteiro [quebrado], Para-lama frontal direito [amassado], Roda/Suspensão dianteira direita [Avariada]
NIW7542	Carenagem [quebrada], Garfo dianteiro [avariado], Tanque de combustível [avariado], Guidão [amassado]

Vítimas					
Nome	Ronaldo Pereira da Silva		Sexo	Masculino	Idade 49
Endereço	Rua Três		Condição	Lesões graves ou gravíssimas	

Testemunhas	

RELATÓRIO RESUMIDO: Após ouvir os condutores constatou-se que o veículo FORD/KA SE 1.0 HA B (OVW0491) trafegava pela Avenida Josué de Moura Santos no sentido leste-oeste; Próximo ao entrocamento rotatóriado formado com a pista da Rua José Gonçalves colidiu seu setor dianteiro direito no setor dianteiro do veículo I/SHINERAY XY 50 Q (NIW7542) que trafegava pela mesma via em sentido contrário, pela contramão de direção.

Informações sobre o DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias Terrestres:		
Óbito	Lesões Corporais	Invalidez Permanente
Certidão de Óbito Registro de Ocorrência Policial Prova de Qualidade de beneficiário	Prova das despesas médicas Registro de Ocorrência Policial	Prova das despesas médicas Registro de Ocorrência Policial Rel. médico atestando o tipo e grau definitivo de invalidez
ONDE SOLICITAR: O benefício deve ser solicitado através de requerimento encaminhado a Seguradora Consorciada do beneficiário ou seu representante legal, acompanhado dos documentos acima.		

Imagens





Tipo: Local

Descrição:





Tipo: Local

Descrição:





Tipo: Local

Descrição:



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI 9020170440767 Nº 013936421071 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	EXERCÍCIO	
1	1140408509	2019	
NOME FRANCISCO FERREIRA BARROS NETO			
CPF / CNP			
03348637367	PLACA	DUU-0491	
PLACA ANT. / UP	CHASSI	9BFZH55L7J8076372	
ESPECÍFICO		COMBUSTÍVEL	
PAS/AUTOMÓVEL/HEMIFURA		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO REG
FORD/KA SE 1.0 HA 2		2017	2018
CAP. POT. / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
005F/005CV	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	1º IPVA	
FAZDA 1º IVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º	
		3º PAGO	
PREENHO TAMPÃO (R\$)	ICF (R\$)	PREENHO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
DEBITE SEGUIR PAGO OBRIGATORIO			
OBSERVAÇÕES			
A/FID COM BANCO BRADENCO FINANCIAR			
O EXDO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
VERESINA			DATA 9/2/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES	
NOME FRANCISCO FERREIRA BARROS NETO	
CPF / CNP 03348637367	
PLACA DUU-0491	
CHASSI 9BFZH55L7J8076372	
COR PREDOMINANTE PRETA	
1º IPVA	
2º	
3º PAGO	
DATA DE PAGAMENTO 9/2/2019	

Tipo: Envolvido

Descrição: E1 - Francisco Ferreira Barros Neto



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADANIAS
DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO
EXERCICIO 2016

DETRAN

CONTRON

VEICULO

PLACA

CHASSI

COMBUSTIVEL

EN. 1º PAG.

DATA PAG.

VEIC. COTA UNICA

VEIC. COTAS

1º ISENTO

2º IPVA

3º

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADANIAS
DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

RONALDO PEREIRA DA SILVA

CPF

RG

DATA NASCIMENTO

SEX

END. RESIDENCIAL

CEP

CIDADE

UF

PLACA

CHASSI

COMBUSTIVEL

EN. 1º PAG.

DATA PAG.

VEIC. COTA UNICA

VEIC. COTAS

1º ISENTO

2º IPVA

3º

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

RONALDO PEREIRA DA SILVA

CPF

RG

DATA NASCIMENTO

SEX

END. RESIDENCIAL

CEP

CIDADE

UF

PLACA

CHASSI

COMBUSTIVEL

EN. 1º PAG.

DATA PAG.

VEIC. COTA UNICA

VEIC. COTAS

1º ISENTO

2º IPVA

3º

SEGURO OBRIGATORIO

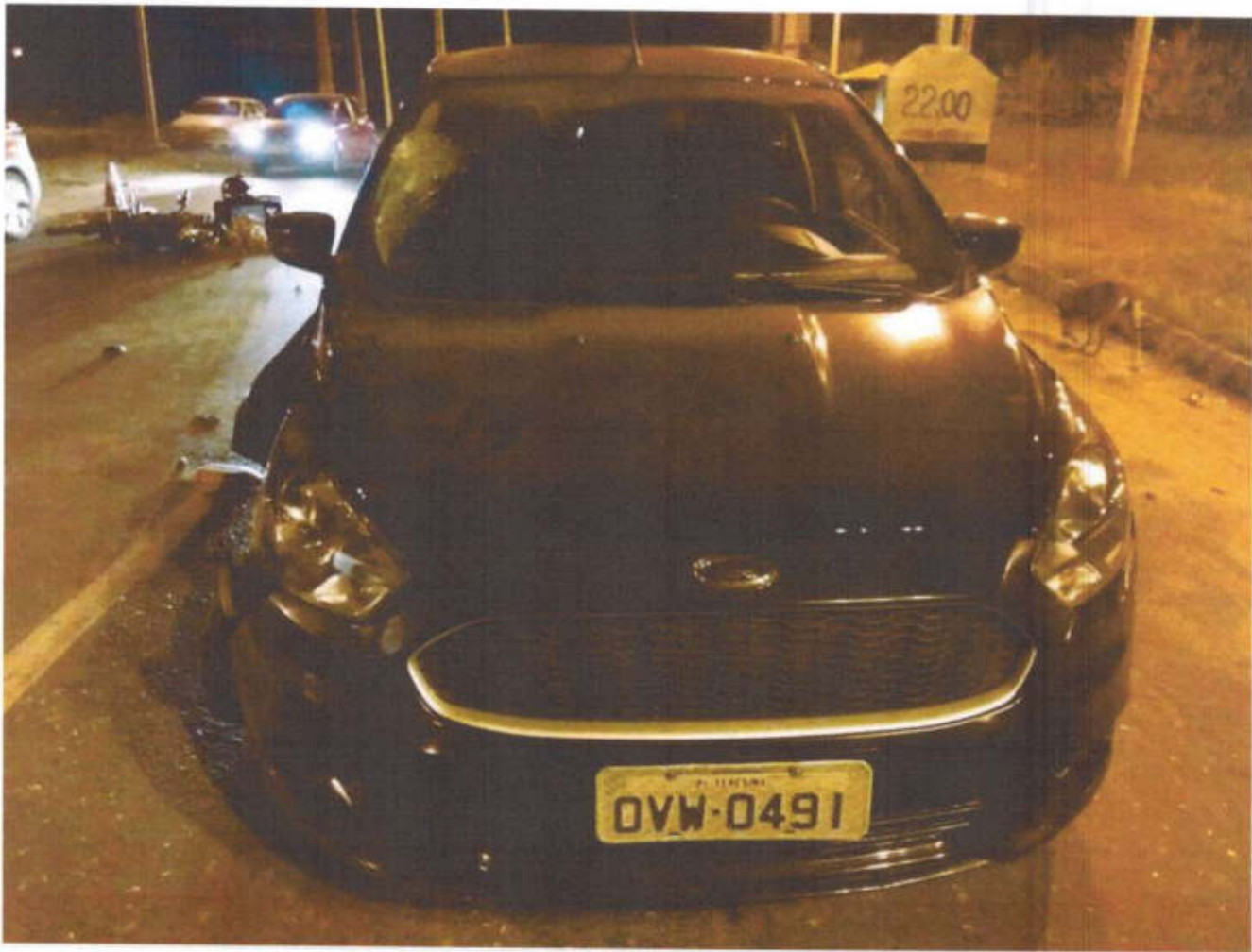
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

Tipo: Envolvido

Descrição: E2 - Ronaldo Pereira da Silva





Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B





Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

9/17





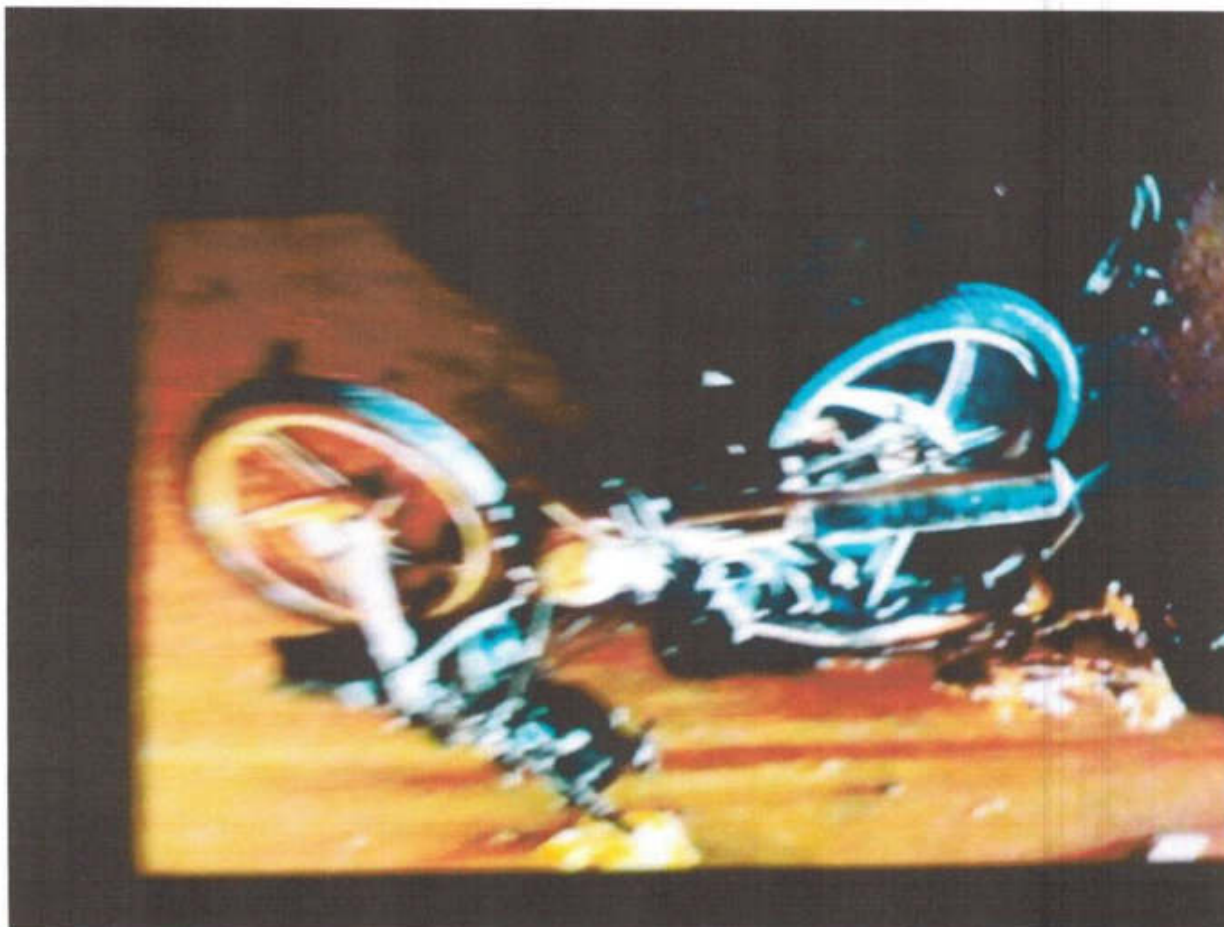
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B



Tipo: Outro Objeto

Descrição: O1 - 1 Unidade Outro bem/objeto



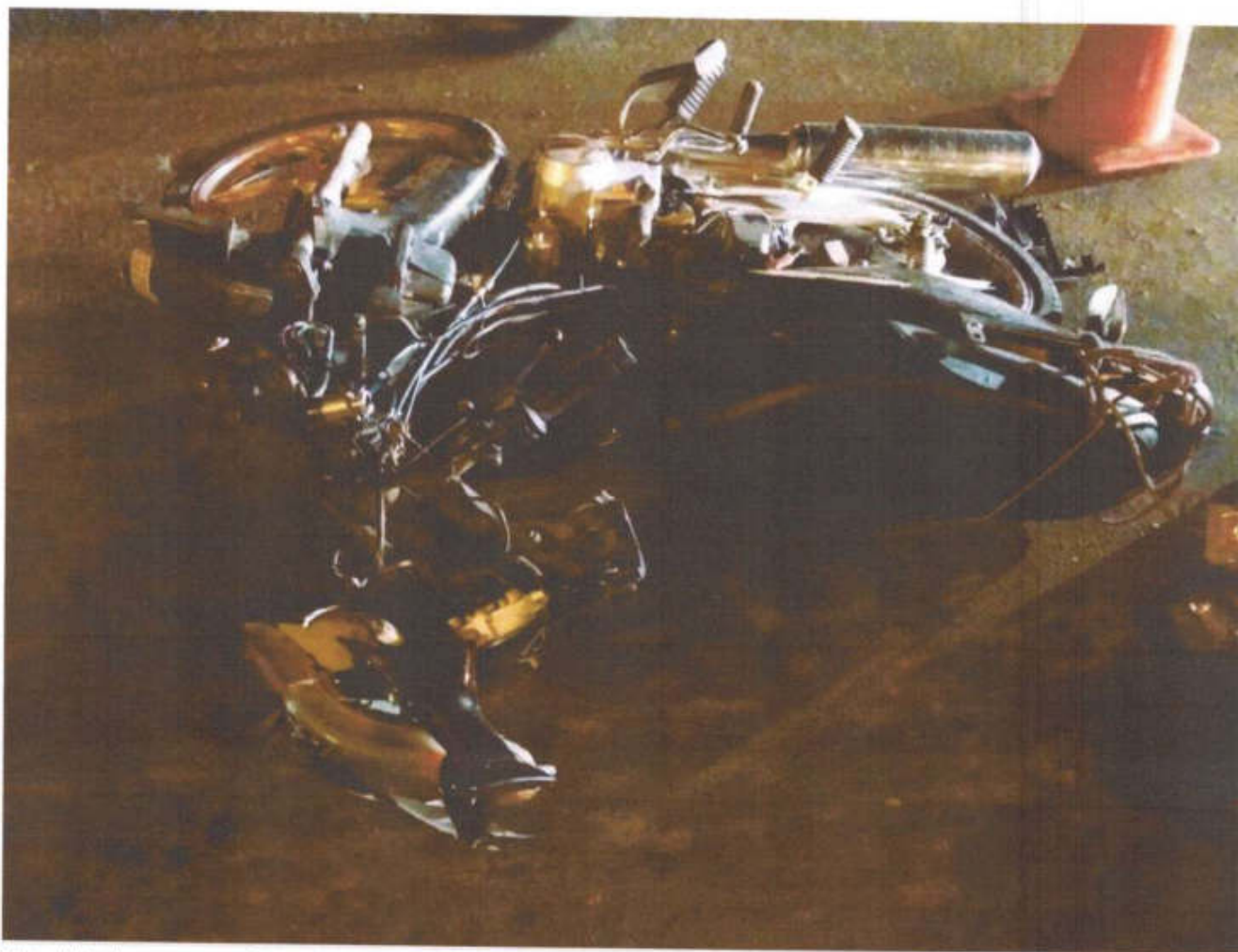
Tipo: Outro Objeto

Descrição: O1 - 1 Unidade Outro bem/objeto

NOME DO
PM: WILLIAM GOMES LAGES

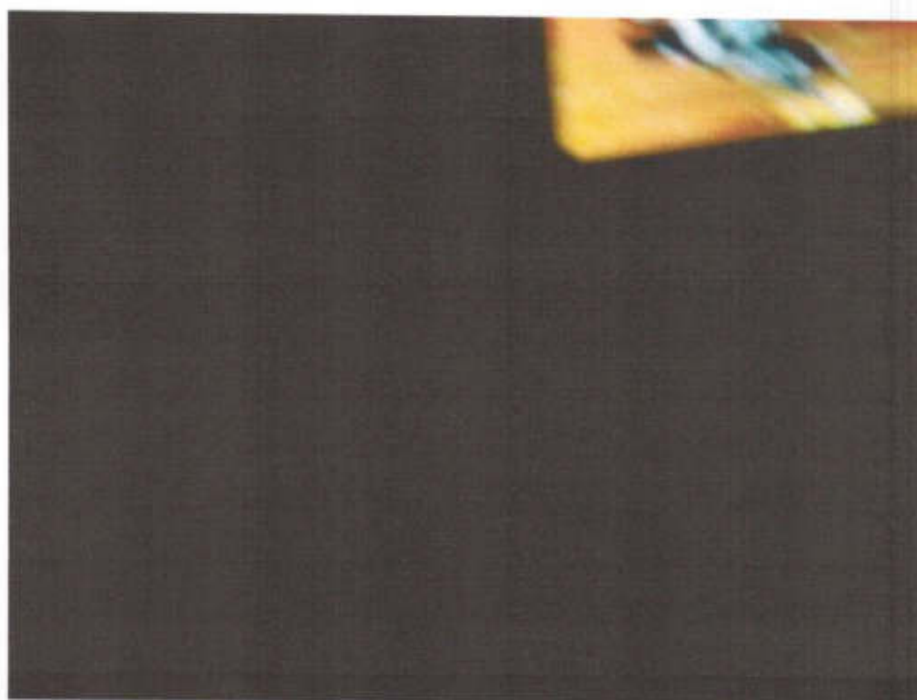
Id. Func.: 160352





Tipo: Veículo

Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q



16/17





Tipo: Veículo

Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q

15/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070912581941300000010156512>
Número do documento: 20070912581941300000010156512

Num. 10707521 - Pág. 15



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q





Tipo: Veículo

Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q

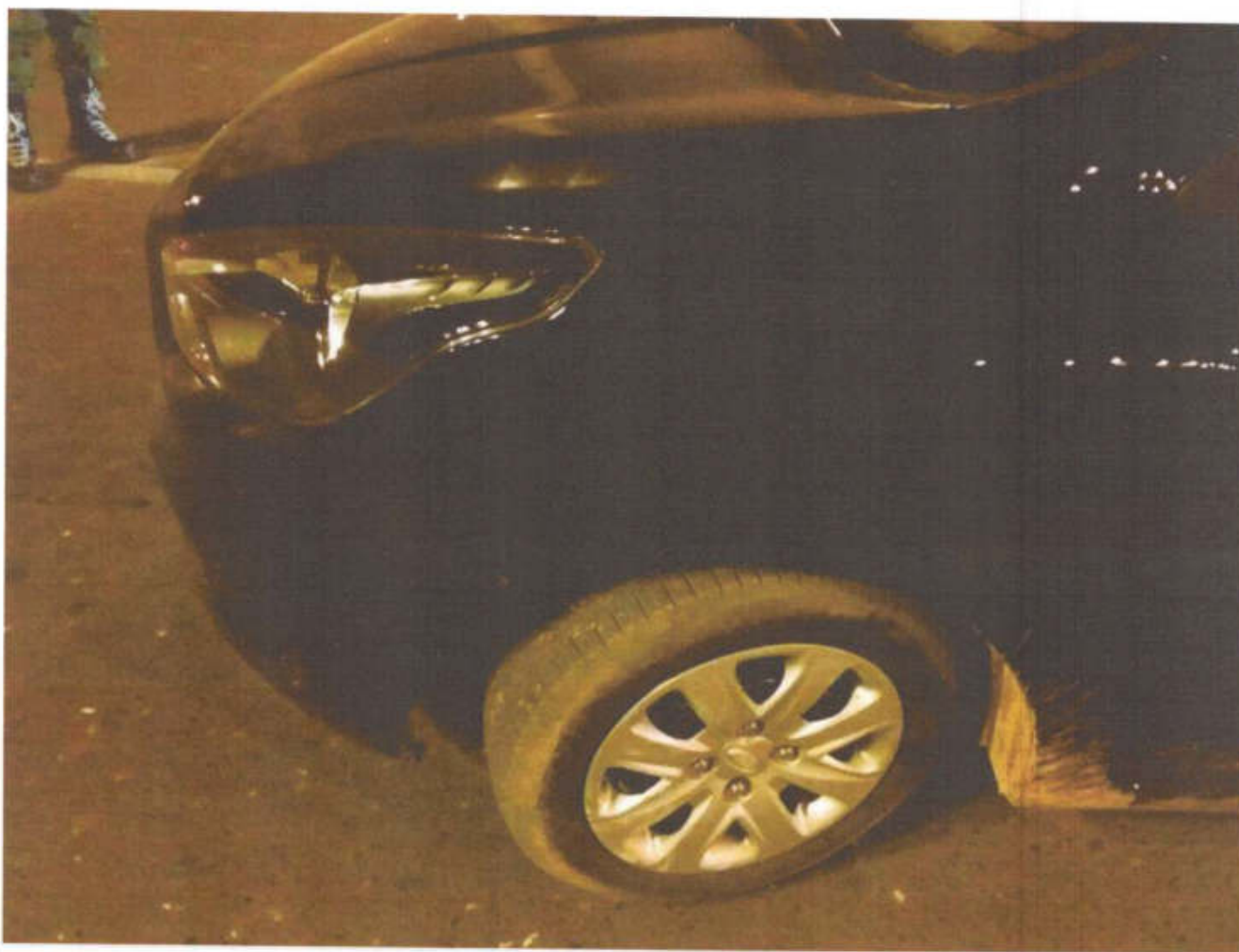




Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

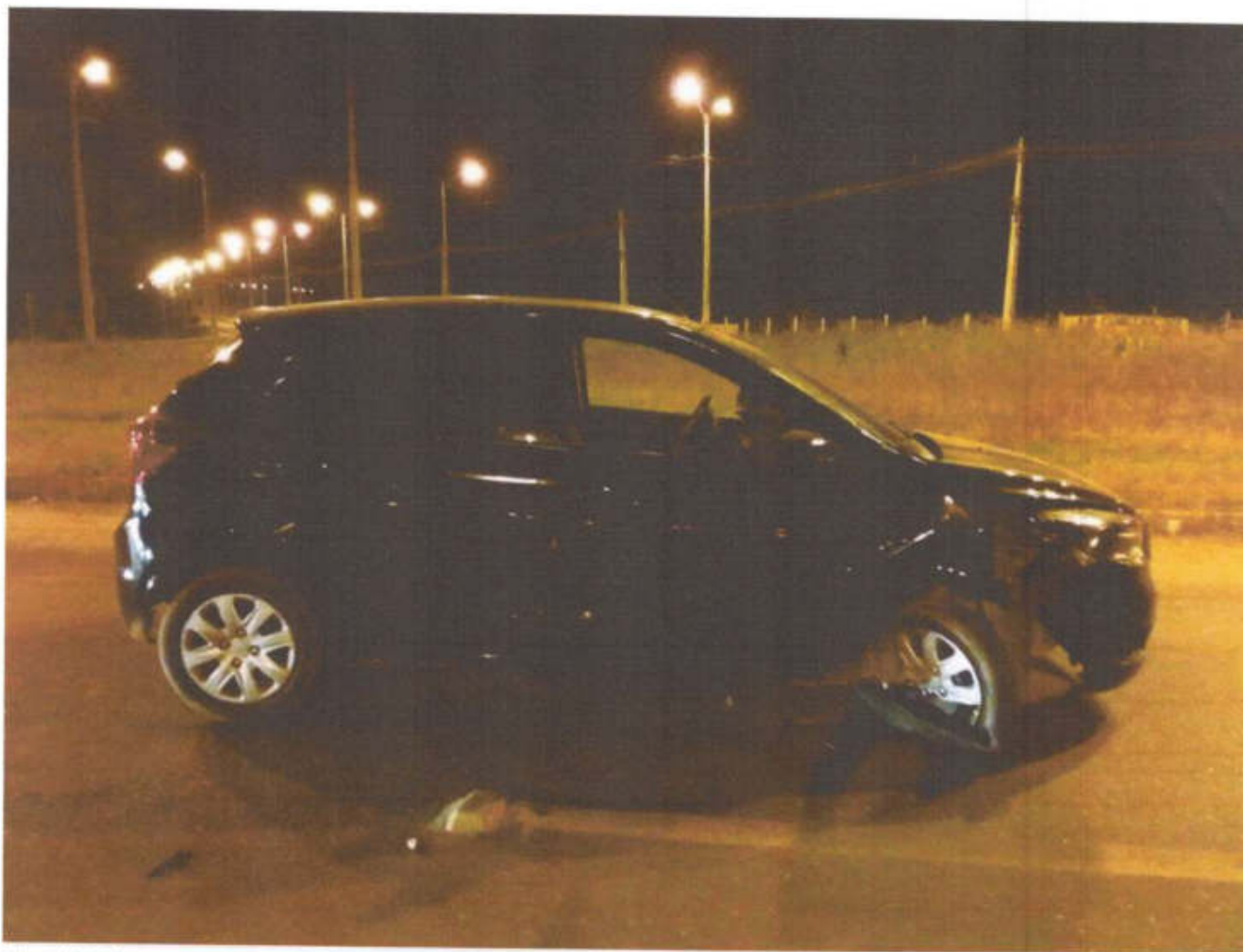




Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B





Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 3389 013 CONTA: 57209 9

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (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.

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

o Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Nota Fiscal | Fatura de Energia Elétrica | Série B

| CFOP:

Nr da Fatura: 0201909001113833
Instalação: 09823934

001113833

5258/AA

**Companhia Energética do Maranhão**Alameda A, Qd SOS, nº100, Loteamento Quintandinha,
Altos do Caiçua - São Luís - MA CEP: 65.070-900
Insc. Estadual: 120.315.11-2 CNPJ: 06.272.783/0001-84Para atendimento,
Informe este número.

Conta do Mês

Vencimento

Conta Contrato

09/2019

19/09/2019

Dados do cliente**MARIA ISAUARA PEREIRA DA SILVA**

R. FLORES 12 RESIDENCIAL ADRÉ DELFINO I Q-D

CINTURÃO VIÁRIO 65630-020 IMON - MA

Nr Parceiro de Negócio: 8 37525

Grupo e Subgrupo de Tensão: 8/81

Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL MONOFASE

Classificação de Residência: Pleno

Perdas no Ramal(kWh): 0,0

CPF: 181.944.683-44

Tensão Nom.: 220 V - MO

UR/Seq: IMON/0002-2020

Nr Medidor: 12523288863

Fator de Potência: 0

Datas

Emissão: 12/09/2019

Apresentação: 12/09/2019

Previsão próxima leitura: 14/10/2019

Demonstrativo de Faturamento

Fornecimento	Quantidade	Tarifa	Valor
Consumo	138	0,642238	88,62
Adicional Band. Vermelha			5,52
ICMS			24,14
PIS			0,43
COFINS			1,98
Itens Financeiros			
Clp Ilum Pub Pref Munic			10,65
Multa			2,05
Juros			0,37
Bônus Itaipu			-0,88

Total a pagar: R\$ 132,88**Informações de tributos****Reservado ao Fisco**

Tributos	Base de cálculo	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	120,69	20,0000	24,14
PIS	90,55	0,4445	0,43
COFINS	90,55	2,0474	1,98

6952809840A511C264B7584419EC68320

Período Fiscal

Número do Programa Social

12/09/2019

Histórico do Consumo (kWh)

	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
CONSUMO	88	130	136	130	106	88	90	95	110	91	109	113	138

Informações do consumo do mês + Tarifa sem Tributos

Constante	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtd. Plan	Resolução Anel
1,00	13/08/2019	12/09/2019	30	2594/19
Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos
Ativo Total	4.213	4.428	138	0,642238

Reaviso de Vencimento

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070912581941300000010156512>

Número do documento: 20070912581941300000010156512



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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190662294

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00963/00964 - carta_03 - INVALIDEZ

00070482



Carta nº 15187383





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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190662294

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

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 15177653

Pag. 01809/01810 - carta_01 - INVALIDEZ



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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000057209-4

Nr. da Autenticação 00FA631C63569DEC





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

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	11 Bairro			
	12 Município	13 Ponto de referência			
	14 Nome	15 Sexo			
Dados do Paciente	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	18 Tipo de ocorrência				
Tipo de Ocorrência	01 Acidente de transporte 02 Agressão física-espantamento 03 Agressão física-FAF 04 Agressão física-FAB 05 Urgência psiquiátrica 06 Tentativa de suicídio 07 Envenenamento 08 Afogamento 09 Queimadura 10 Choque elétrico 11 Queda 12 Urgência clínica 13 Urgência obstétrica 14 Transferência 15 Exames complementares 16 Outros 17 Já removido 18 Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow = 15	24 Sinais vitais	25 Local da lesão		
Exame Físico	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Escala de Dor de 0 a 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 35 Observações Interdisciplinares				
Assistência	36 Responsável pela recepção 37 Socorristas Médico AE/TE 38 Enfermeiro Condutor				
	39 Observações Interdisciplinares 40 Assinatura do responsável				



NOME DO PACIENTE: Ronaldo Pereira da Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 165363

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 069234
SAME - HUT
Confere com Original





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

*neuro cl.
ortopedia
cur - qual*

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

*07/08/19
08:00h*
NTHEC

Imp: 04/08/2019 21:32:58
(User: EDUARDO SALMITO)
(Estação: CONSULFAN3)

Prontuário: 165363

Nome:	RONALDO PEREIRA DA SILVA	Pai:	IGNORADO
Mãe:	MARIA IZAURA PEREIRA DA SILVA		
End. Resid.:	RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	13/11/1969	Idade:	49a8m21d
Responsável:	JOSE ROBERTO	Sexo:	Masculino
Profissão:	AUXIL. DE PRODUCAO	Fone:	86- 3236-3234
G. Instrução:	Fundamental Completo	CNS:	898002966242525
		Documento:	CPF: 766.746.224-00
		E. Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	734499	Entrada:	04/08/2019 21:10:24	Convênio:	s UTS
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA				
(Conforme Paciente/Acomp):	AMBULÂNCIA DO SAMU				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco:	RONALDO JOSE DA ROCHA COREN - 254016 FI Em: 04/08/2019 21:20:14	
QUEDA DE MOTO TRAUMA ME MMII DOR NA REGIAO CERVICAL SAT02 96% P 100		

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 ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CARRO), HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE ANEMESIA ANTEROGRADA, DOR EM REGIAO CERVICAL COM SUSPEITA DE FRATURA EM JOELHO DIREITO. AO EXAME FISICO: A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 76.BPM, SAT 02:99%. C) AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE. COM AUSENCIA DE TENSIOMETRO NA SALA. D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE. E) ESCORIAÇÃO EM REGIÃO MMII				

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	
Exames Complementares: (1276921) - T.C. DE CRANIO (1276922) - T.C. DE COLUNA CERVICAL (1276923) - TORAX PA	

Prescrição Médica: <i>para neurol.</i> <i>de do lombo cervical: fx de T7</i> <i>SLTCS - 1</i> <i>Co: analgesia + color cervical</i> <i>Ampl. Muc. ambrida</i>	
---	--

Motivo da Alta/Encerramento:	
Observação (Adulto)	

Assinatura Paciente ou Responsável	
EDUARDO SALMITO SOARES 6339 PI Em: 04/08/2019 21:32:58	





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

229955

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	244535

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 165363		
7-CNS: 898002966242525	8-Nascimento: 13/11/1969	9-Sexo: Masculino	CPF: 766.746.224-00
11-Mãe: MARIA IZAURA PEREIRA DA SILVA	12-Fone: 86- 3236-3234		
13-Resp: JOSE ROBERTO	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Paciente vítima de acidente de trânsito que sofreu fratura de fêmur esquerdo com fratura de bacia (bacia direita) + contusão (SCLAS 1).</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Exames</i>	Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 069234 SAME HUT Confere com Original		
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx</i>			
23-Diagnóstico Inicial: Traumatismos superficiais múltiplos não especificados	24-CID Prim: T009	25-CID Sec.:	26-CID C.As:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: 001.663.217-61
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: YURI JIVAGO FELIX	34-Data Solicitação: 04/08/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CR)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Mto. Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <i>04/08/19</i>	Assessor de Auditoria: <i>22</i>
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	Assessor de Auditoria: <i>22</i>
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Jose Roberto R de Sil.</i>		Assessor de Auditoria: <i>22</i>

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 229955
	AIH: 2219101878830

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CARTÃO SUS 700103826523990	NOME DO PACIENTE RONALDO PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 13/11/1969	SEXO M
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8695013233	NOME DA MÃE MARIA IZAURA P D A SILVA	RESPONSÁVEL JOSE ROBERTO
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO R. 03	NUMERO / LOTE 7024	UF PI
BAIRRO TODOS OS SANTOS	COMPLEMENTO BELTERRA	MUNICÍPIO TERESINA	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CARRO), HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA, REFERE ANEMESIA (ANTEROGRADA, DOR EM REGIÃO CERVICAL COM SUSPEITA DE FRATURA EM JOELHO DIREITO. AO EXAME FÍSICO: A) VIAS AERÉAS PERVIAS, FÁCIL COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURJO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 76 BPM, SAT O2: 99%, C/AC: RR, 2T, BNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES, ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA, SEM SINAIS DE PERITONITE, COM AUSÊNCIA DE TENSÍMETRO NA SALA D'GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE, E) ESCORIAÇÃO EM REGIÃO MMII

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUT Confere com Original CRM
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	

CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 04/08/2019	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) YURI JIVAGO FELIX CPF: 00166321761
DATA ADMISSÃO 04/08/2019 21:10	DATA ALTA 09/08/2019 09:00	MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)						
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 09/09/2019 14:08:29 CPF	CRM	DATA ANÁLISE
---	--	------------	---------------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Ronaldo Pereira de Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Ex. supratentorial de parede</u>		
Operação - Tipo <u>LMC</u>		
Cirurgião <u>Dr. Ym.</u>	1º Assistente <u>Dr. Guilherme</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>05/08/19</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

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

- ① Paciente em decúbito dorsal
- ② anestesia: bloqueio femoral
- ③ LMC realizada em parede dorsal
- ④ Sutura em antebraço
- ⑤ curativo

Dr. Antonio Guilherme C. S. Freitas
CRM - 189701 - MA 10.132

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 05/08/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Ronaldo Pereira da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>165363</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. Costa</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Celso</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Bloqueio Periférico</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Levoneice</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>30</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>60</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>05</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<u>01</u>		<u>Crepom</u>		<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>		<u>04</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Lidia</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Lidia</u>			
PROLENE							

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original



 FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA			
Nome: <u>Ronaldo Pinheiro da Silva</u>		Sala: <u>05</u>	Alergia: <u>Não</u>	Data: <u>05/08/1</u>	
Procedimento: <u>TC Anestesia Exposta Potil D</u>		Cirurgião:		Observações: <u>Chatupia C7</u>	
Agentes		Unid			
		00:50			
		01:50			
		02:50			
		03:50			
		04:50			
		05:50			
		06:50			
		07:50			
		08:50			
		09:50			
		10:50			
		11:50			
		12:50			
		13:50			
		14:50			
		15:50			
		16:50			
		17:50			
		18:50			
		19:50			
		20:50			
		21:50			
		22:50			
		23:50			
		24:50			
		25:50			
		26:50			
		27:50			
		28:50			
		29:50			
		30:50			
		31:50			
		32:50			
		33:50			
		34:50			
		35:50			
		36:50			
		37:50			
		38:50			
		39:50			
		40:50			
		41:50			
		42:50			
		43:50			
		44:50			
		45:50			
		46:50			
		47:50			
		48:50			
		49:50			
		50:50			
		51:50			
		52:50			
		53:50			
		54:50			
		55:50			
		56:50			
		57:50			
		58:50			
		59:50			
		60:50			
		61:50			
		62:50			
		63:50			
		64:50			
		65:50			
		66:50			
		67:50			
		68:50			
		69:50			
		70:50			
		71:50			
		72:50			
		73:50			
		74:50			
		75:50			
		76:50			
		77:50			
		78:50			
		79:50			
		80:50			
		81:50			
		82:50			
		83:50			
		84:50			
		85:50			
		86:50			
		87:50			
		88:50			
		89:50			
		90:50			
		91:50			
		92:50			
		93:50			
		94:50			
		95:50			
		96:50			
		97:50			
		98:50			
		99:50			
		100:50			
		101:50			
		102:50			
		103:50			
		104:50			
		105:50			
		106:50			
		107:50			
		108:50			
		109:50			
		110:50			
		111:50			
		112:50			
		113:50			
		114:50			
		115:50			
		116:50			
		117:50			
		118:50			
		119:50			
		120:50			
		121:50			
		122:50			
		123:50			
		124:50			
		125:50			
		126:50			
		127:50			
		128:50			
		129:50			
		130:50			
		131:50			
		132:50			
		133:50			
		134:50			
		135:50			
		136:50			
		137:50			
		138:50			
		139:50			
		140:50			
		141:50			
		142:50			
		143:50			
		144:50			
		145:50			
		146:50			
		147:50			
		148:50			
		149:50			
		150:50			
		151:50			
		152:50			
		153:50			
		154:50			
		155:50			
		156:50			
		157:50			
		158:50			
		159:50			
		160:50			
		161:50			
		162:50			
		163:50			
		164:50			
		165:50			
		166:50			
		167:50			
		168:50			
		169:50			
		170:50			
		171:50			
		172:50			
		173:50			
		174:50			
		175:50			
		176:50			
		177:50			
		178:50			
		179:50			
		180:50			
		181:50			
		182:50			
		183:50			
		184:50			
		185:50			
		186:50			
		187:50			
		188:50			
		189:50			
		190:50			
		191:50			
		192:50			
		193:50			
		194:50			
		195:50			
		196:50			
		197:50			
		198:50			
		199:50			
		200:50			
		201:50			
		202:50			
		203:50			
		204:50			
		205:50			
		206:50			
		207:50			
		208:50			
		209:50			
		210:50			
		211:50			
		212:50			
		213:50			
		214:50			
		215:50			
		216:50			
		217:50			
		218:50			
		219:50			
		220:50			
		221:50			
		222:50			
		223:50			
		224:50			
		225:50			
		226:50			
		227:50			
		228:50			
		229:50			
		230:50			
		231:50			
		232:50			
		233:50			
		234:50			
		235:50			
		236:50			
		237:50			
		238:50			
		239:50			
		240:50			
		241:50			
		242:50			
		243:50			
		244:50			
		245:50			
		246:50			
		247:50			
		248:50			
		249:50			
		250:50			
		251:50			
		252:50			
		253:50			
		254:50			
		255:50			
		256:50			
		257:50			
		258:50			
		259:50			
		260:50			
		261:50			
		262:50			
		263:50			
		264:50			
		265:50			
		266:50			
		267:50			
		268:50			
		269:50			
		270:50			
		271:50			
		272:50			
		273:50			
		274:50			

[illegible]

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho	Dr. Ricardo S. Valença	Dr. Yuri Ilvango Félix	Dr. Giordano Chelimbregger
Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	Ortopedia e Traumatologia





PITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

ENE OLI AP LEITO

CLÍNICA
Ortopédica

NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO
155363

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO

SE 0.9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN

PANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H

1 CEEALQTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H

- DAPIRONA 1G - 1/2 AMP + AD EV 6/6 H

STII ATII 20mg-AMP-1AMP+AD EV 12/12H

7	TRAMAL 100mg-1 AMP+100ml SFO.9% 8/8H SN
---	---

CURATIVO

CCGG*SSW

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

Dr. Paul Ruben de Mendonça Neto
CRM nº 12.384/9

Mr. C. B. Gault



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Pedro Victor dos Santos IDADE anos DATA 05/08/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 02 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA frat. costela CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>109/69</u>	<u>117x55</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>95</u>	<u>85</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98 %</u>	<u>99 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>36,1</u>	<u></u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>1</u>	<u></u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>1047</u>	<u>1047</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL 08

ASS. Cláudia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PF: 484025

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasol
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

02h Admitido na UTI em POS de fr. costela. Sono leve, desperta ao chamado. Enfisema na RA. LV normal.

ASS. Cláudia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PF: 484025

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 069234
 SAME - HUT
 Confere com Original

Pedro Victor dos Santos Moura
 MÉDICO
 CRM-PF 6626

DATA 05/08/2019 REALIZADO 02h
 TÉCNICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA Estável, eufórico com RA, 1 quimica, sob os AA: 93%, 4e 10
 HORÁRIO 06:35h ANESTESIOLOGISTA Pedro

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

[] [] [] [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] JORT [] NEU [] CIR [] MÉD





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<u>Raquel Pereira de Sousa</u>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	<u>ortopedia</u>	LEITO
À CLÍNICA	<u>cardiologia</u>	<u>232 / 16</u>

MOTIVO DA CONSULTA

49 anos, fratura patil. necessito de
um enxerto

OK

DATA: / /

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

paciente atendida, apneia, queixa
de dor, orientada

A.C.: Paciente regular e ts/comp

E.C.G.: Ritmo sinusal normal

hab: 16,3 Leuco: 12.300 Pl: 329.000

Gf: 79 Hg: 12 Cr: 0,8

Nega: HAS / DM2 / IC / IAM /

Relatório final: Baixo risco pelo Ressonância de Tórax

DATA: 07.08.19

Dr. Thales T. R. S. C. Cruz
CRM-PI 3460
Cardiologista RQE-1277
Eletrocardiografista RQE-2129

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

Edna Pereira da Silva
b. 23.11.66
DN: 13.11.69
07.08.17

Teresa Raposo Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 069234
SAME - HUT
Confere com Original

Dr. T. L. L. S. C. Cruz
CRM-F 19.490
Cardiologista RQE-12177

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
[Handwritten signature and text across the grid]																																																																																																			





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

22/08/2019

234529

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

244809

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA

6 - Prontuário: 165363

7-CNS: 898002966242525

8-Nascimento: 13/11/1969

9-Sexo: Masculino

CPF: 766.746.224-00

11-Mãe: MARIA IZAURA PEREIRA DA SILVA

12-Fone: 86- 3236-3234

13-Resp: JOSE ROBERTO

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - CEP: 64000-010

6-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*FCC Baixo D / fma B
infonion fma + lma tansa Procu*

21 - Condições que justificam a internação:

As causas fma

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lapa

Matricula: 059234

SAME - HUT

Confere com Original

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Ex fma 1 lma

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

M688

Outros transtornos de sinóvias e de tendões em doenças classificadas em

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408060450

TENOMIORRAFIA

Tempo SUS

2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

CPF

004.798.243-80

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

09/08/2019

*Jose Ruben de Macedo Neto
CRM-PI 3649
TCO 12.994*

35-Ass. Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

50- () Ass. Carimbo Med.Sol.(CRM)

(ALCINA OLIVEIRA)

Assinatura Local: 734499

Consulta SUS:

Impressão: 09/08/2019 08:07:02



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 234529
	AIH: 2219101855949

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700103826523990	NOME DO PACIENTE RONALDO PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 13/11/1969	SEXO M	PRONTUÁRIO 165363
DOCUMENTO CPF 8695013233	TELEFONE 8695013233	NOME DA MÃE MARIA IZAURA P D A SILVA	RESPONSÁVEL JOSE ROBERTO	
CEP R. 03	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 7024
BAIRRO TODOS OS SANTOS	COMPLEMENTO BELTERRA	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
INFORMAÇÃO POSTERIOR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL M688 - OUTROS TRANSTORNOS DE SINOVIAS E DE TENDÕES EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408060450 - TENOMIOGRAFIA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) YURI JIVAGO FELIX CPF: 00166321761
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 09/08/2019
DATA ADMISSÃO 09/08/2019 09:00	DATA ALTA 10/08/2019 09:51
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
---------------	-----------------	---------------	-------	-----------------	--------------	------	-------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIO FLAVIO SANTOS FERREIRA CPF: 5537683391	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 31/08/2019 14:32:52
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



DATA 09 / 08 / 19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Ronaldo Pereira da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>165363</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Tenotomia</u>
ANESTESIA: <u>Raquel</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Raul</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Flávia</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Selene Rêgo</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7.5.8.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Expan</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUT Confere com Original 			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Raquel</u>			
ROLENE							





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Lopes de Sousa		
Diagnóstico pré-operatório	Infecção por micobactérias nos intestinos do Pâncreas		
Operação - Tipo	Tubos 2		
Cirurgião	Raul	1º Assistente	Flávio
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Elene	Anestesista	Flávio
Anestésico(a)			

Dr. Raul Ribeiro de Macedo Neto
ORTOPEDIA - TEOT 12.994
CRM-PI 3849

Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	Nenhuma	

Relatório Imediato do Patologista

oss. fusa com contaminação

Acidente Durante a Operação

lesão do intestino

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)	Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUT Confere com Original
1 - 2x2	
2 - 2x2	
3 - 2x2	
4 - 2x2	
5 - 2x2	
6 - 2x2	

Dr. Raul Ribeiro de Macedo Neto
ORTOPEDIA - TEOT 12.994
CRM-PI 3849





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
 Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a8m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734499
 Requisição: 984095 Solicitação: 04/08/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1276922 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 04/08/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ESPONDILOARTROSE CERVICAL CARACTERIZADA POR OSTEÓFITOS NOS CORPOS VERTEBRAIS E ARTROSE UNCOVERTEBRAL.
- AUSÊNCIA DE FRATURAS.
- PROTRUSÕES DISCO-OSTEOFITÁRIAS POSTERIORES DE C3-C4 E C6-C7, REDUZINDO O CANAL VERTEBRAL E OS FORAMES NEURAIS NESTES NÍVEIS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 05/08/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com Original





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
 Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a9m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734499
 Requisição: 984096 Solicitação: 04/08/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1276925 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 04/08/2019

MEMBRO INFERIOR DIREITO

O estudo radiológico do membro inferior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Avulsão de fragmento ósseo no polo inferior da patela.,
- Aumento de volume das partes moles do joelho e tornozelo.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com Original





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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a9m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734499
Requisição: 984096 Solicitação: 04/08/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1276926 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 04/08/2019

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

O estudo radiológico do braço foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume das partes moles do antebraço.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
 Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a8m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734499
 Requisição: 984149 Solicitação: 04/08/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
 Controle: 1277001 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 04/08/2019

T.C. DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMINUTIVA COM FRAGMENTAÇÕES E DESTACAMENTOS ÓSSEOS EM PÓLO INFERIOR DA PATELA DIREITA.
- HEMATOMA NO ESPAÇO INFRAPATELAR AO NÍVEL DA ZONA DE FRATURA, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DENSIFICAÇÃO E ESPESSEAMENTO DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DO JOELHO (EDEMA).
- INTERLINHAS ARTICULARES PRESERVADAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 05/08/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com Original





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
 Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a9m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 244535
 Requisição: 984237 Solicitação: 05/08/2019 Solicitante: YURI JIVAGO FELIX
 Controle: 1277238 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 16

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 05/08/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Ressecção de fragmento ósseo no platô inferior da patela.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com Original



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419885/19

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 766.746.224-00

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: RONALDO PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

RONALDO PEREIRA DA SILVA : 766.746.224-00

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: 27/11/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: PAOLA LARISSA BREDAS
CPF: 071.930.319-29

PAOLA LARISSA BREDAS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419885/19

Número do Sinistro: 3190662294

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 766.746.224-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 06/12/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA
RG: 996.274 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 766.746.224-00 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: VENDEDOR
Endereço: R. Flores 12 Pinarucial Adu ^{delimino 5} Nº 9.0032
Bairro: Pinheiro Cep: 64000-902 Cidade/UF: Timon - MA
Telefone: (86) 98807-7870 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA
CPF: 766.746.224-00 Data do Acidente: 04/08/19
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte
Timon 02 agosto 2019
Local e data

Ronaldo Pereira da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Ronaldo Pereira da Silva
Em Testemunho [assinatura] da verdade.
Timon(MA), 02/10/2019
Jandaina Jansen Carneiro e Silva
Escrivente



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **RETELY MOIRA DE OLIVEIRA**

DOC. REPRESENTATIVO: **2212129 SSP VI**

CNPJ: **839.502.303-00** DATA NASCIMENTO: **18/12/1979**

FUNÇÃO: **ANTONIO JONES DE OLIVEIRA**
EVA MOIRA DA SILVA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT: **3**

REGISTRO: **07318478449** VALIDADE: **20/08/2020** FIM DA VALIDADE: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES:

RETELY MOIRA DE OLIVEIRA
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**

ASSINATURA DO EMISSOR: **55070906293**
82/10771158

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919872460



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190662294 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 6/14/17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
RONALDO PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA
996274 SSP PI

CPF
766.746.224-00

DATA NASCIMENTO
13/11/1969

FILIAÇÃO
MARIA IZAURA PEREIRA
DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
02030866413

VALIDADE
11/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
15/10/2001

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador
Ronaldo Pereira da Silva

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
11/08/2016

10380410806
PI317614444

ARÃO MARTINS DO REGO LORÃO
DEPUTADO GERAL DO ESTADO DO PIAUÍ
ASSINADOR DO EMISSOR

DETRAN-PI (PIAUI)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI		Nº 012508150845	
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO			
DATA	COD. RENAVAM	RETC	EXERCÍCIO
00/07/2010	00020113546		2010
NOME			
HILBERTO GEA-ZIRO L. CARVALHO			
CPF / CNPJ			
2074640300			
PLACA		PLACA ANT. / RT	
LH 1041			
CHASSI		CHASSI	
1660255055		1660255055	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
FERRAGALHA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	
FERRAGALHA XI 50.0		2010	
CIP / POT / CIL		CATEGORIA	
00 F700490C		PARTIC.	
CIVIL PREC. COMITANTE		CIVIL PREC. COMITANTE	
PARTIC.		PARTIC.	
COTA ÚNICA		VENIC. COTA ÚNICA	
1		1	
P		P	
V		V	
A		A	
PARCELAMENTO / COTAS		PARCELAMENTO / COTAS	
2		2	
3		3	
10VA		10VA	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - COT. ÚNICA			
PRÊMIO TOTAL (R\$)			
DATA DE PAGAMENTO			
24/06/2010			
SEGURO OBRIGATORIO			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO			
NÃO VALIDE PARA TRANSFERENCIA			
VERIFICAÇÃO		LOCAL	
DATA		DATA	
24/06/2010		24/06/2010	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAÔ - SEGURO DPVAT			
PINº 012508150845		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodotransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	PLACA	CHASSI
2010	24/06/2010	LH 1041	1660255055
RENÁVAM	MARCA / MODELO	ANO FAB.	CHASSI
00020113546	FERRAGALHA XI 50.0	2010	LX1XCBLO6H0255055
PRÊMIO TARIFÁRIO			
COT. ÚNICA	PRÊMIO TOTAL	PRÊMIO TOTAL	PRÊMIO TOTAL
000,00	000,00	000,00	000,00
COT. ÚNICA	PRÊMIO TOTAL	PRÊMIO TOTAL	PRÊMIO TOTAL
000,00	000,00	000,00	000,00
COT. ÚNICA	PRÊMIO TOTAL	PRÊMIO TOTAL	PRÊMIO TOTAL
000,00	000,00	000,00	000,00
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 08.344.508/0001-04			
www.seguradoralider.com.br			



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Maria de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.302.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Romaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 966.746.224-00

do sinistro de DPVAT cobertura Inclusão da Vítima Romaldo Pereira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 966.746.224-00, 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. Unib. e Quilombo de Jomerio</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turama</u>	Estado: <u>RS</u>
E-mail: _____	CEP: <u>86.000.902</u>	Tel.(DDD): <u>(86)994729591</u>

Local e Data: Turama, RS em 12.11.19

Keylly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante





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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190662294 Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01731/01732 - carta_03 - INVALIDEZ

00080866



Carta nº 15211352

