

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface. The main window displays a list of documents for a specific case, and a preview window shows a scanned document from 'JOÃO BARBOSA - ADVOGADOS ASSOCIADOS'.

Top navigation bar:

- Control
- Audiênc
- Upload
- Tribunal
- Portal d
- PJE Acesso
- PJE Consult
- PJE 0813720-93.2020.8.18.0140
- Caixa d
- WhatsApp
- Download
- ...

Toolbar:

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

Page title: ProceComCiv 0813720-93.2020.8.18.0140

Case number: 10707517 - CONTESTAÇÃO (2732415 CONTESTACAO 01)

Document preview:

downloadBinario.seam  
1 / 11  
2732415- C3/ 2020-02488/ INVALIDEZ  
JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS  
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2º VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI  
PROCESSO: 08137209320208180140

Bottom navigation:

- prot + proc adm.pdf
- prot + proc adm.pdf
- prot + cont.pdf
- pa.pdf
- c.pdf

System status:

- PT
- 12:58
- 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
<b>RONALDO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10707 521	09/07/2020 12:58	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 1



Para contato  
contato, informe  
seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SERAZ/PI/ME

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	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	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

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	13692	Atual:
Anterior:	13530	Anterior:
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:
Consumo Médio:	162	Emissão:
Consumo Faturado:	162	Apresentação:

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo	CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 =	147,77		
AGO/19	158	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,74		
JUL/19	151	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,01		
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA 10/08/19-00	0,16		
MAI/19	140	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,24		
ABR/19	143	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,03		
MAR/19	153	MULTA POR ATRASO 08/19-00	2,89		
FEV/19	204	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,43		
JAN/19	133	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	6,47		
DEZ/18	136				
NOV/18	160				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
	8 A 162 - 0,555310				

#### 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.

Você pode agitar este bilhete no vencimento de suas faturas entre 1, 5, 10, 15, 20 ou 25 dias para evitar que seja cobrada multa de atraso de pagamento.

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
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,58
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,62
		6,49%	7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC		FIC		OMIC		DIOB	
Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Mensual
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

Conjunto	TERESINA-MACALUBA	Período de Atenção:	07/2019	EUS:	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

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/list/iew.seam?x=2007091258194130000010156512  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 2

# 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:

466.746.224-00 Ronaldo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Ronaldo Pereira da Silva 6 - CPF: 466.746.224-00  
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: R. Flores Ress. Adreclino 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:  
 Centro Norte 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 17 - Tel.(DDD): (86) 994720591  
 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 CONTA: 57209 (4)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 (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 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váinacer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Ribeirão Preto SP 27/11/19*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Ronaldo Pereira da Silva*

43 - Assinatura do Procurador (se houver) *Ricardo Lacerda*

o Representante Legal (se houver)

2010

TESTEMUNHAS





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 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 CNH 05947887675
Veículo Nº 2 Placas NIW7542	Condutor Francisco Ferreira Barros Neto 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 CNH 05947887675

### DANOS NOS VEÍCULOS

Veículos	Danos
OVW0491	Lateral direita [paralama, parachoque, 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 rotatório 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	Invalidade Permanente
Certidão de Óbito		Prova das despesas médicas
Registro de Ocorrência Policial	Prova das despesas médicas	Registro de Ocorrência Policial
Prova de Qualidade de beneficiário	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:

2/17



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. 5



Tipo: Local

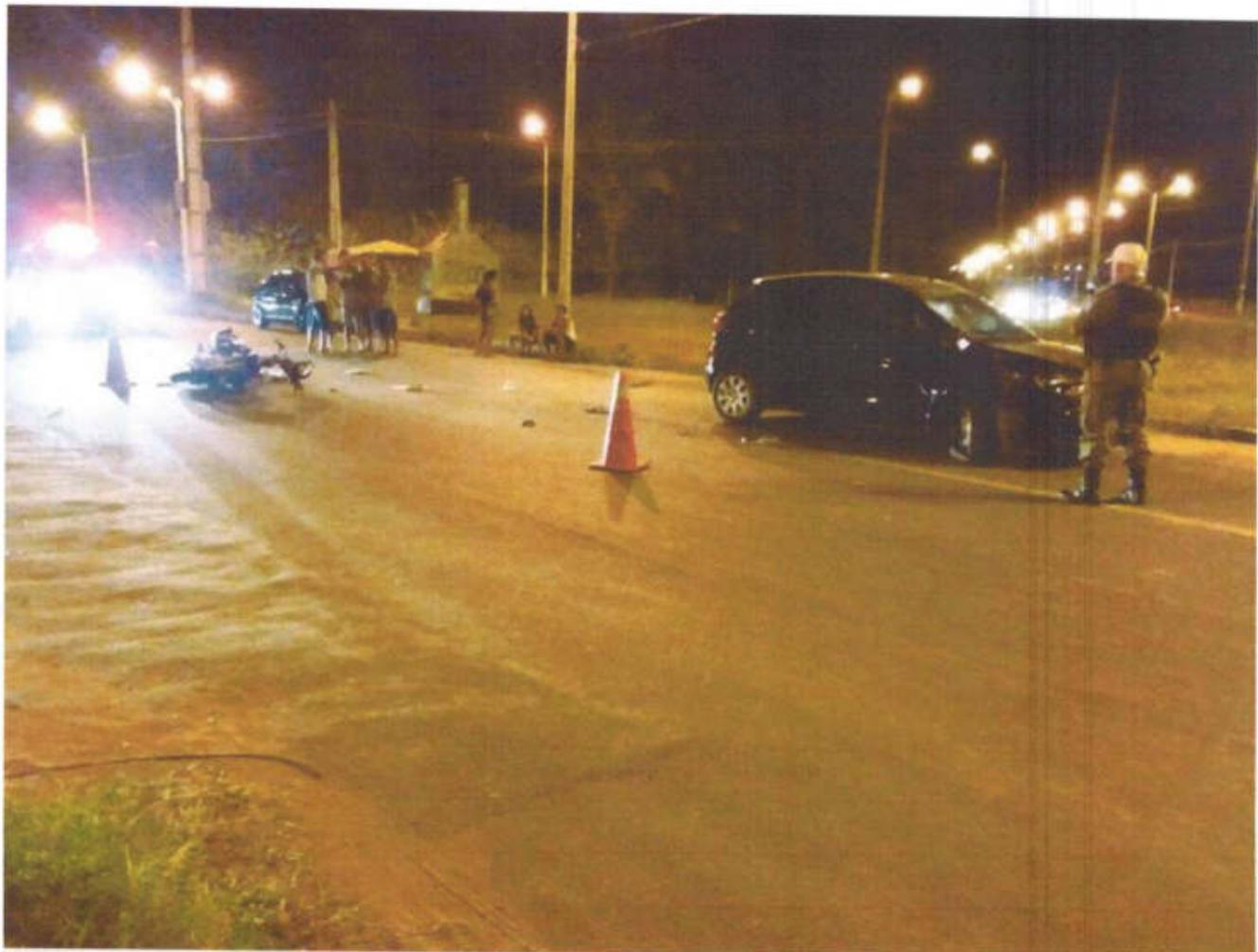
Descrição:

3/17



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

Num. 10707521 - Pág. 6



Tipo: Local

Descrição:

4/17



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. 7

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI 9020170440757 N° 013936421071  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA	1	CDR-NENAN	ENTRC	EXPOCO-2019
03348837367	03348837367	PLACA	DUU-0491	
78FZH55L748026172	78FZH55L748026172	CHASSI		
PAS/AUTOMÓVEL/HEMIMOTO		ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL	
FORD/KA SE 1.0 HATCH		MARCA / MODELO	ALCO/GASOL	
000SP/000CV		CATEGORIA	CONTRIBUINTE	
FABRICADA		PARTEC	FRETA	
COTA ÚNICA		VEND. COTA ÚNICA	VEND. COTAS	
IPVA		1 <sup>º</sup> PAGO	2 <sup>º</sup> PAGO	
PRÉMIO TAMBORIL (R\$) 100,00		PREÇO TOTAL (R\$) 1.000,00		DATA DE PAGAMENTO
<b>SEGURO EGR/PAO OBRIGATÓRIO</b>				
OBSERVAÇÕES				
MÉTODOS BANCO BRADESCO FINANCIAR ESTADO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA				
FERREIRA		DATA 07/02/2019		
DETAN - PI 9020170440757 N° 013936421071				

VALIDADE NACIONAL  
1747646093

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

**FRANCISCO FERREIRA BARROS NETO**

NASCIMENTO: 01/01/1981  
ENDERECO: RUA MARIA LUIZA, 200  
BAIRRO: VILA SANTA MARIA  
CIDADE: PIÁUI  
UF: PI  
CEP: 65700-000

PLACA: DUU-0491  
CHASSI: 78FZH55L748026172

DATA DE PAGAMENTO: 07/11/2018  
PRÉMIO PLASTIFCAR: 1747646093

PIÁUI

Tipo: Envolvido

Descrição: E1 - Francisco Ferreira Barros Neto





Tipo: Envolvido

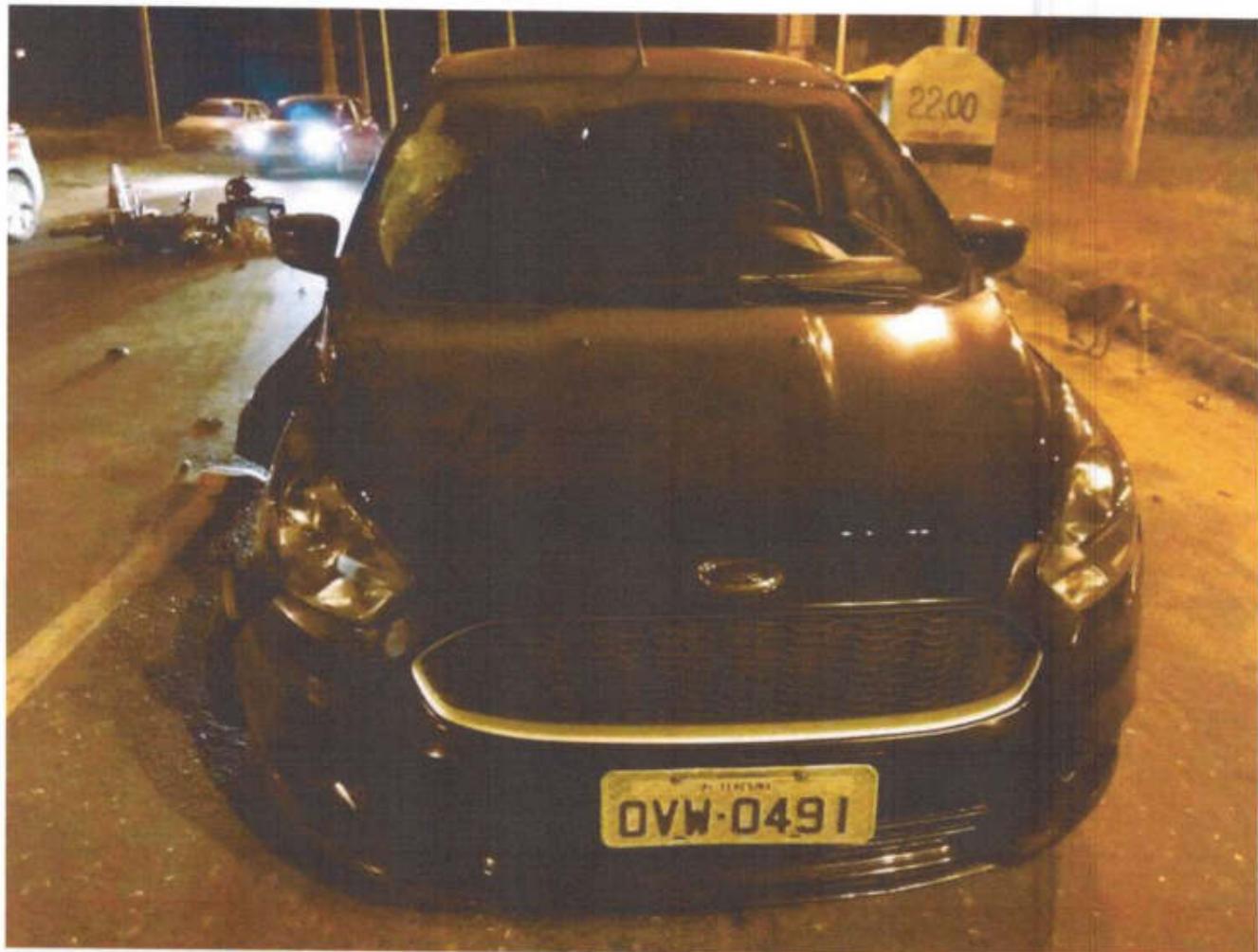
Descrição: E2 - Ronaldo Pereira da Silva

6/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 9



Tipo: Veículo

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

7/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 10



Tipo: Veículo

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

9/17



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. 11



Tipo: Veículo

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

8/17

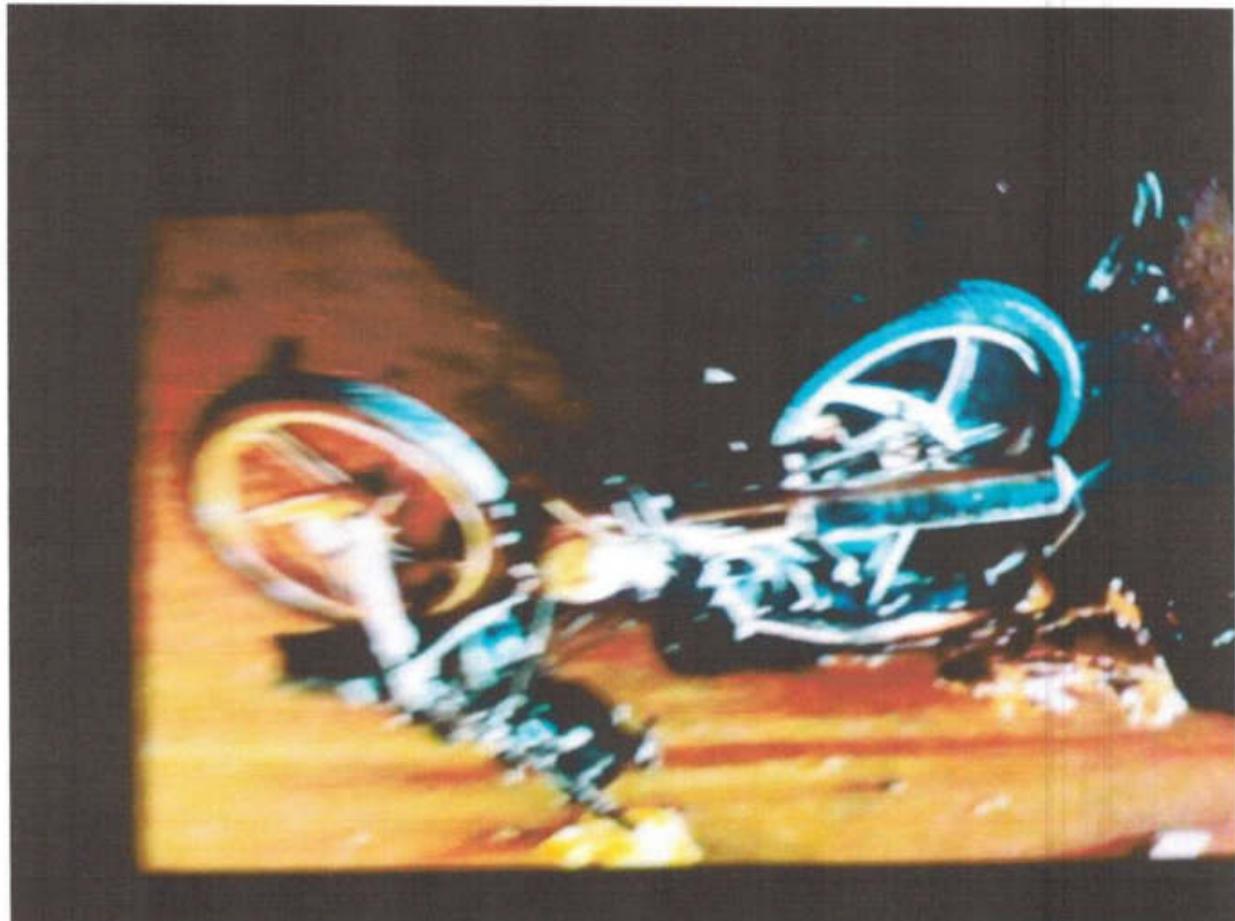


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070912581941300000010156512>  
Número do documento: 20070912581941300000010156512

Num. 10707521 - Pág. 12

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

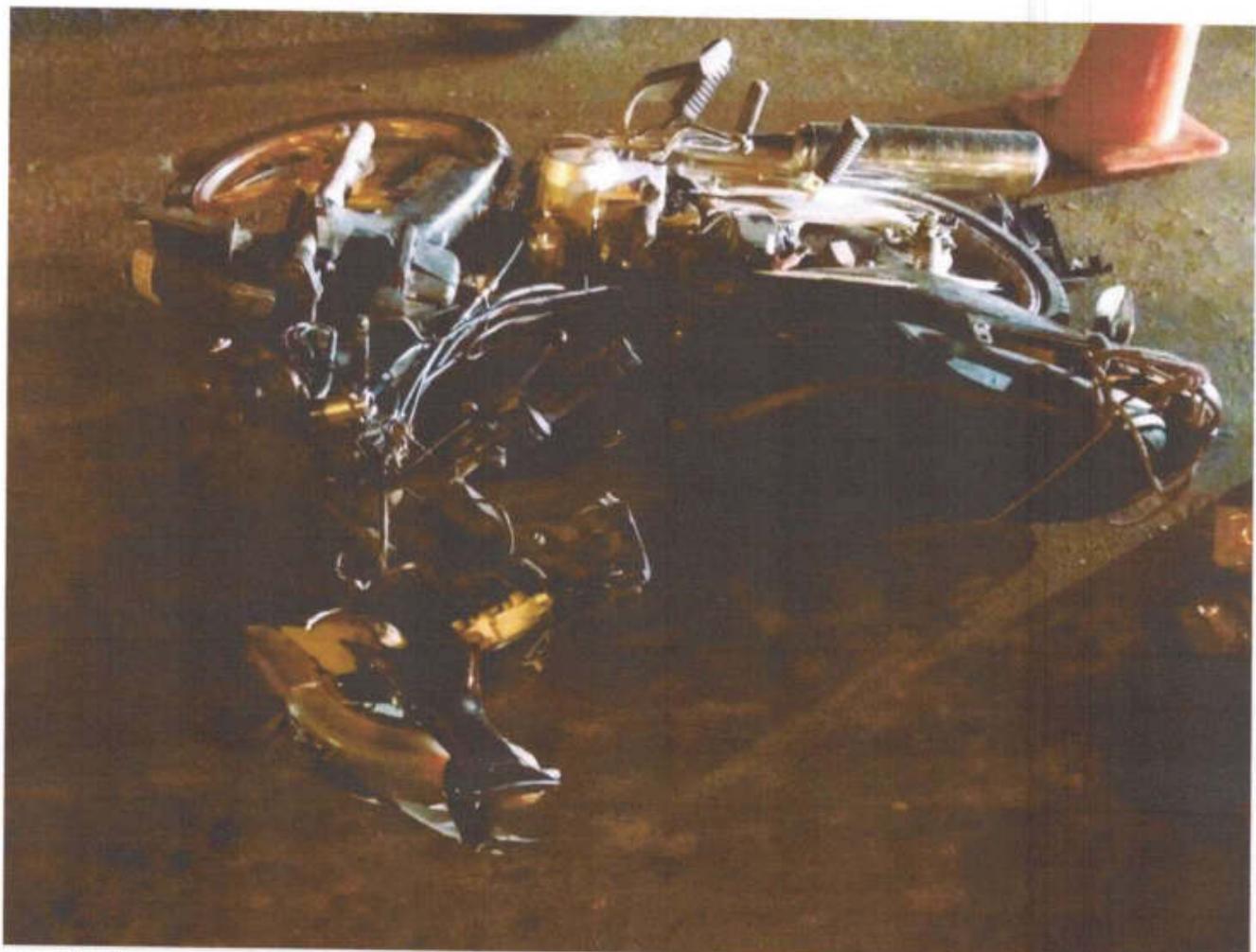
Id. Func.: 160352

17/17



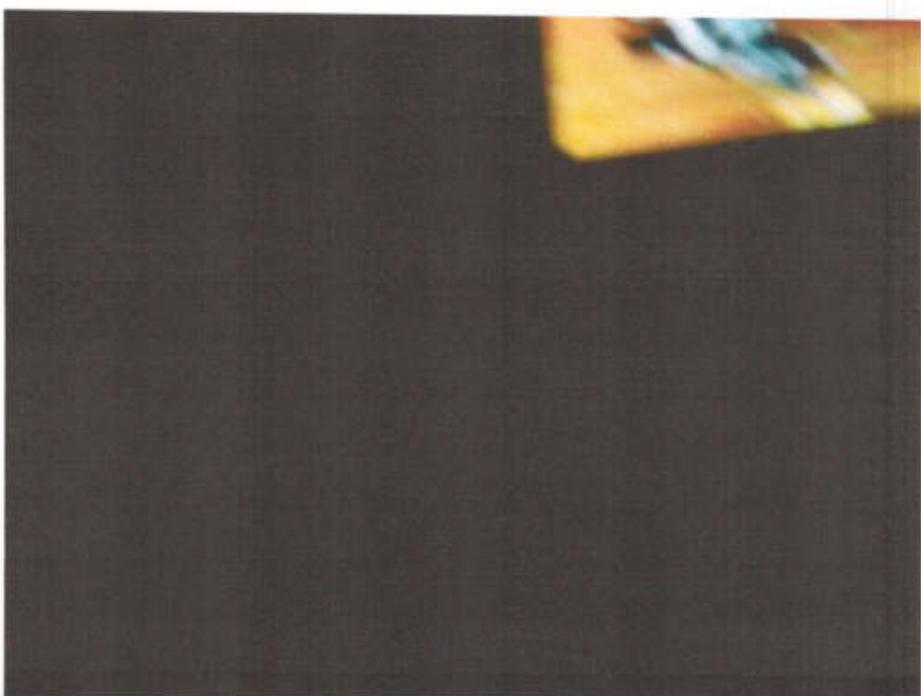
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 13



Tipo: Veículo

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

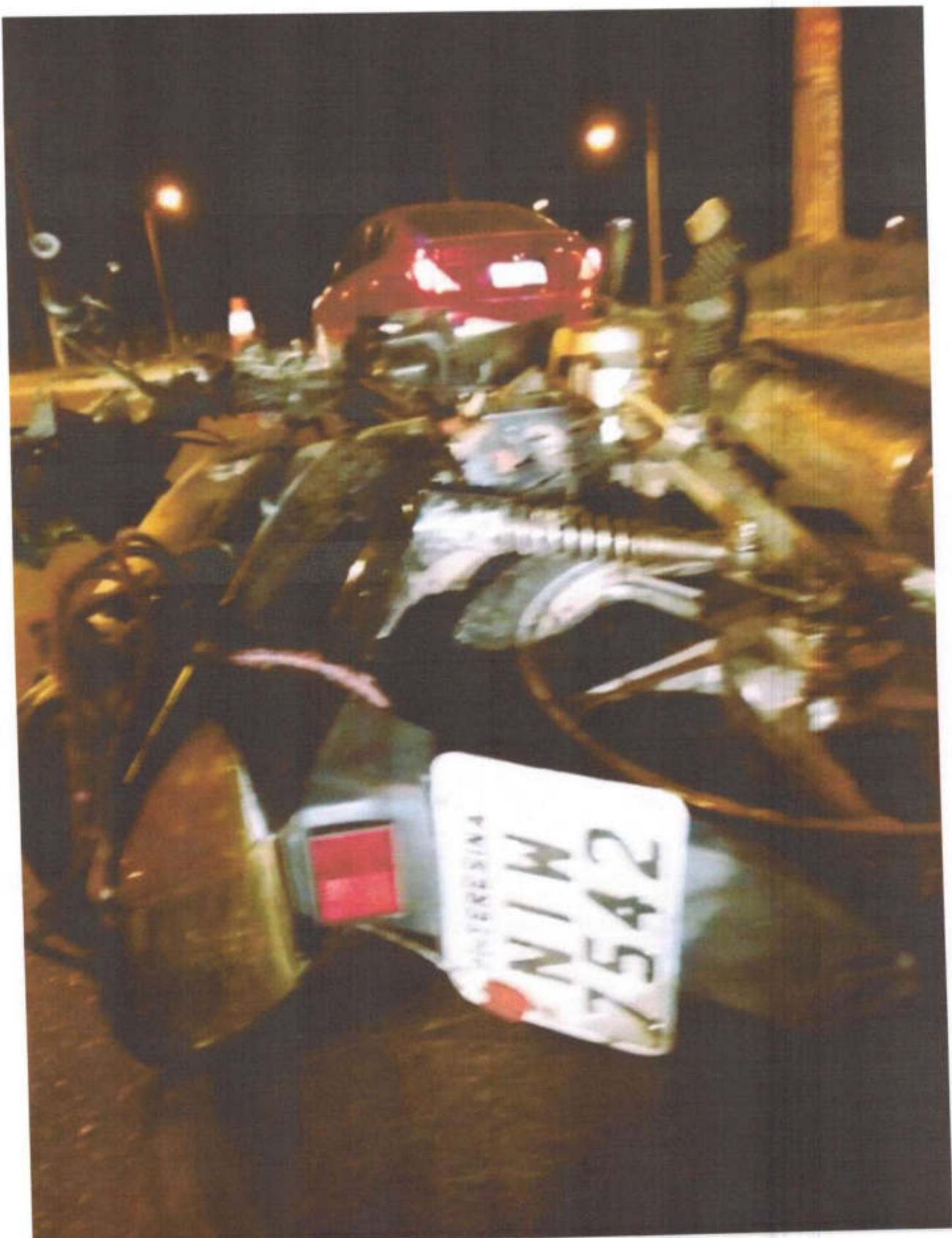


16/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 14



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=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 15



Tipo: Veículo

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

14/17



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. 16



Tipo: Veiculo

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

13/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 17



Tipo: Veículo

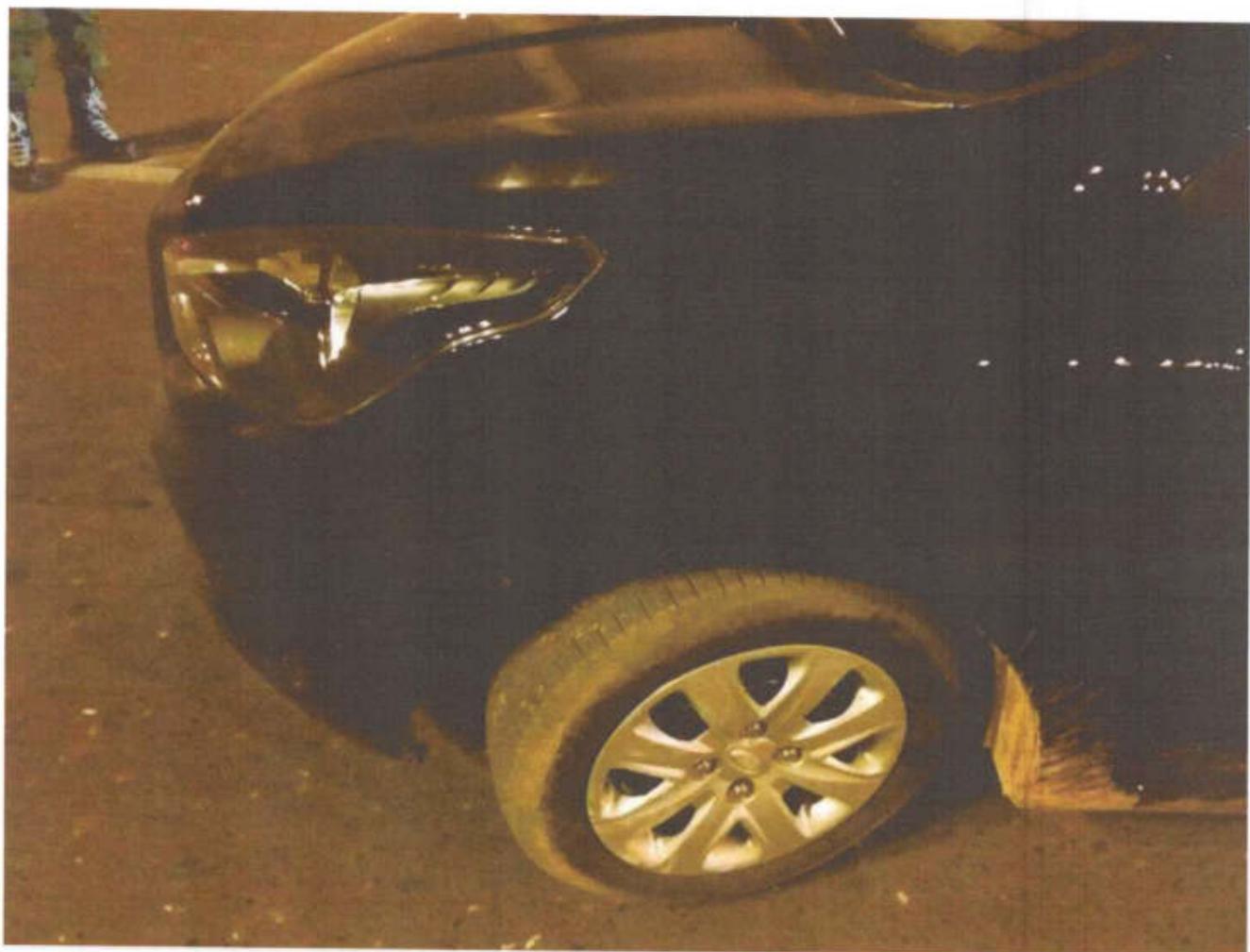
Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

12/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 18



Tipo: Veículo

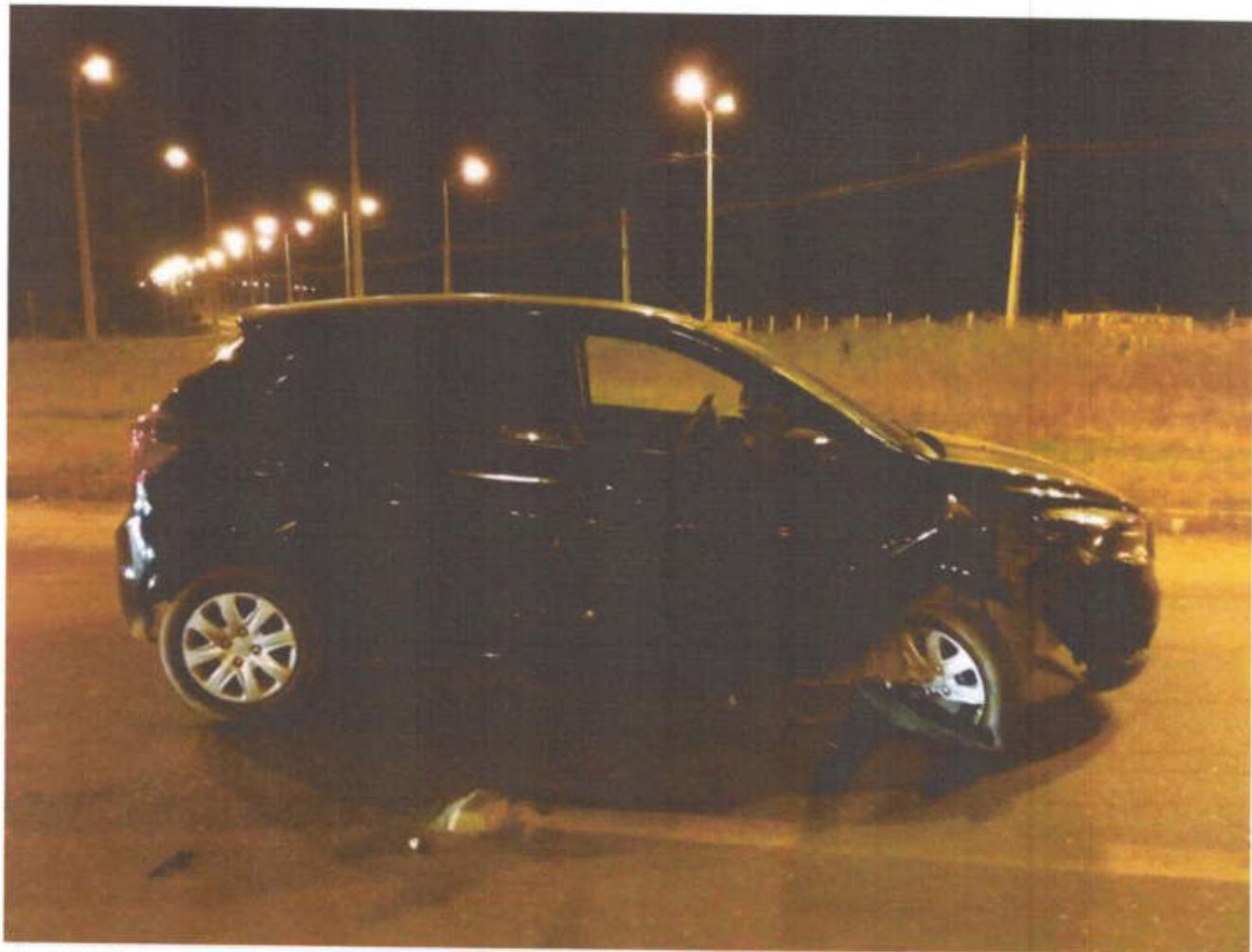
Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

11/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 19



Tipo: Veículo

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

10/17



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. 20

# 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:

466.746.224-00 Ronaldo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Ronaldo Pereira da Silva 6 - CPF: 466.746.224-00

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Vendedor R. Flores Ress. Adre clérigos 12 Bel. C

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Centro Norte Belo Horizonte MG 65.630.030

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86)994720591

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 CONTA: 57209 (4)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 (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 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váinacer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 pedido (a rogo)

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

Ribeirão Preto 27/11/19  
Ronaldo Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

o Representante Legal (se houver)

2010

**equatorial**  
ENERGIA

Nota Fiscal | Fatura de Energia Elétrica | Série B: 001113833 | CDP: 5258/AA

Nº da Fatura: 1201909001113833  
Instalação: 19823934

**Companhia Energética do Maranhão**  
Alameda A, Qd 505, n°100, Loteamento Quitandinha,  
Altos do Calhau - São Luís - MA CEP: 65.070-900  
Insc. Estadual: 120.315.11-3 CNPJ: 06.272.793/0001-84

Para atendimento,  
informe este número.

**Conta do Mês** 09/2019 **Vencimento** 19/09/2019 **Conta Contrato**

**Dados do cliente**  
**MARIA ISAIURA PEREIRA DA SILVA**  
R. FLORES 12 RESIDENCIAL ADRE DELFINO 1 Q-D  
CINTURÃO VI RDI: 65630-028 - IMON -MA  
Nr Parceiro de Negócio: 8 37525  
Grupo e Subgrupo de Tensão: 8/81  
Tipo de Tarifa: CONVENÇÃO AL. MORNINHA  
Classificação: Residencial: Pleno  
Perdas no Brasil(kWh): 0,0  
Fator de Potência: 0

**Datas**  
Emissão: 12/09/2019 Apresentação: 12/09/2019 Previsão próxima leitura: 14/10/2019

**Desnecessário 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**

Cip-11um Pub Pref. Munic.	10,65
Multa	2,95
Juros	0,37
Bonus Itaipu	0,88

**Total a pagar: R\$ 132,88**

Informações de tributos			Reservado ao Fisco		
Tributos	Base de cálculo	Aliquota (%)	Valor (R\$)	695280984/AA511C26/88798419EC68320	
ICMS	120,69	20,0000	24,14	Período Fiscal	Número do Programa Social
PIS	96,55	0,4445	0,43	12/09/2019	
COFINS	96,55	2,8474	1,98		

**Histórico do Consumo (kWh)**

CONSUMO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET
CONSUMO	88	120	138	130	106	88	90	35	110	81	100	113	138

**Informações do consumo do mês + Tarifa sem Tributos**

Constante	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtde. Dias	Resolução Anel
1.80	13/08/2019	12/09/2019	30	2594/19
Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos
Ativo Total	4.421	4.428	138	0,642238

**Reaviso de Vencimento**





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 23



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados 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. 0180901810 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020905



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 24

# 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



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. 25



Dados do Chamado	01 N° do chamado <b>624 29</b>	02 Data do chamado <b>04/08/19</b>	03 PRO (código) <b>2848</b>	04 Saida do PA <b>1959</b>	05 Chegada ao local <b>2027</b>		
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>2016</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>2107</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço <b>RJ. Ribeiro de Andrade</b>	11 Bairro <b>NOVA TERESINA</b>	12 Município IBGE <b>TERESINA PI</b>	Código IBGE			
	13 Ponto de referência <b>PONTE NOCOMBINHO</b>						
	14 Nome <b>Ronaldo Pereira da Silva</b>	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado					
	16 Idade <b>50</b>	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim    2- Não    9- Ignorado			
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-esparrancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quemadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros			
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete    Airbag Cinto de segurança Assento para criança			
Exame Físico	23 Glasgow = <b>15</b>	RESPOSTA VERBAL			RESPOSTA MOTORA		
	ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	6- Obedece a comando 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Movimento anormal 2- Movimento normal 1- Nenhum	24 Sinais vitais Pulso Respiração PA TAX SatO2	25 Local da lesão <b>50 GOMINHO</b>		
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio    2 - Fino    3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim    2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve    3 Moderada    7 Intensa    10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não    3 - Suspeito <input type="checkbox"/>		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Kred	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 069234 SAME: HUT Medicamentos a) Confera com Original <i>[Signature]</i>		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino: <b>HUT</b>	<input type="checkbox"/> Não Removido					
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada 1-Melhorado    2-Piorando    3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	<b>50 Anos masculino vítima de Acidente de trânsito consciente. O paciente tem lesão vertebral em joelho e lombopatela. D. Non-motardico, non-motivo. Soluções de dor e queixando-se de dor na região lombar.</b>				
	<input checked="" type="checkbox"/> responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor	<b>Madalena 319056 Pedro Silva</b>			



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 REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Confere com Original  
*[Signature]*



~~atendimento bel.~~  
 ortopedia  
 cur- geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 165363
Mãe: MARIA IZAURA PEREIRA DA SILVA	Pai: IGNORADO	
End. Resid.: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 13/11/1969	Idade: 49a8m21d	Sexo: Masculino Fone: 86- 3236-3234
Responsável: JOSE ROBERTO	CNS: 898002966242525	
Profissão: AUXIL. DE PRODUÇÃO	Documento: CPF: 766.746.224-00	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 734499	Entrada: 04/08/2019 21:10:24	Convênio: S UTOSOCIAL
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	DATA: 04/08/2019 HORA: 21:10:24	
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	TELEFONE: 0800 22 22 471	

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Final/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	DATA: 04/08/19 HORA: 21:10:24	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco:	RONALDO JOSE DA ROCHA COREN - 264016 PI Em: 04/08/2019 21:20:14		
QUEDA DE MOTO TRAUMA ME MMII DOR NA REGIAO CERVICAL SATO 96% P 100			

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (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 ANMÉSIA ANTEROGRADA, DOR EM REGIAO CERVICAL COM SUSPEITA DE FRATURA EM JOELHO DIREITO.
AO EXAME FÍSICO:
A) VIAS AÉREAS PERTIVAS, 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, INDOLAR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE. COM AUSÊNCIA DE TENSÍOMETRO NA SALA.
D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE.
E) ESCORIAÇÃO EM REGIÃO MMII

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

Exames Complementares:	Teresa Raquel Pereira de Souza (ops) Matrícula: 059234 SAME, HUT Confere com Original
------------------------	--

Prescrição Médica:	<i>Pele nenhure!</i>
Motivo da Alta/Encerramento:	<i>ac de sobre acom: fr de trz          SLICS = 1</i>

Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: : / /	<i>Ca: ondulação + color clarejat          aq amaral + amaral</i>
---------------------	-----------	-------------	---

EDUARDO SALIMOTO SOARES  
 6339 PI Em: 04/08/2019 21:32:33

~~assinatura Paciente ou Responsável~~





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

229955

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Rante Interna de Segundo grau fechado  
que evolui com fratura (20 dias  
velhos) (lateral) + leucopé (SLICS 1).

21 - Condições que justificam a internação:

*Efusão*

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

*Rx*

23-Diagnóstico Inicial:

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prin:

25-CID Sec.1:

26-CID C.A:

T009

Tempo

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:  
**0413040178 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA**

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:  
02 01 CPF 001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:  
**YURI JIVAGO FELIX**

34-Data Solicitação:

04/08/2019

35-Ass.Carmo Med.Sol.(CR)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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 ( ) Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>04/08/19</b>
48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>José Roberto R de Sil.</i>	52-Data de Auditoria: <b>04/08/2019</b>
	53-Data de Consulta: <b>04/08/2019</b>

*Assinatura de Ribeirão das Neves*  
Assinatura de Auditor:  
**04/08/2019** (R. SOLIMAR BRITTO)

Consulta Local: 734499  
Consulta SUS:  
Impressão: 05/08/2019 00:2



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 229955 AIH: 2219101878830
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

##### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCÍCLISTICO (MOTO-CARRO), HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÓMITOS OU OTORRAGIA, RÉFERE ANMÉSIA ANTEROGRADA, DOR EM REGIÃO CERVICAL COM SUSPEITA DE FRATURA EM JOELHO DIREITO. AO EXAME FÍSICO: A) VIAS AERAS PERTINAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA(B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 76 BPM, SAT: 02:99%, CIAC: RR: 2T, BNF: SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLO, OR A PALPACAO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESA. BRUSCA, SEM SINAIS DE PERITONITE, COM AUSÊNCIA DE TENSÍOMETRO NA SALA. GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE, E) ESCORIACAO EM REGIÃO MMII

##### CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

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

CARÁTER  
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

YURI JIVAGO FELIX

CPF: 00166321761

DATA ADMISSÃO  
04/08/2019 21:10

DATA ALTA  
09/08/2019 09:00

MOTIVO ALTA  
PERMANÊNCIA POR REOPERACAO

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIA CPF: 09623442300	CRM: DATA ANALISE: 09/09/2019 14:08:29
CRM:	CRM: DATA ANALISE:

#### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Ronaldo Pereira da Silva*

Diagnóstico pré-operatório *Exsudado de parto*

Operação - Tipo *LMC*

Cirurgião *Dr. Yuv.* 1º Assistente *Dr. Jair Henrique*

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a) *DS/18/19*

Data da Operação 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*

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

- ① Paciente em decúbito dorsal
- ② anestese: bloqueo femoral
- ③ LMC mantida em parto durante
- ④ Suturas em antebraço
- ⑤ curativo

*Dr. Antonio Guillermo C. S. Ferreira  
CRM - 69711 - 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:	Ronaldo Pereira da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	165363
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dr. Canto	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. César	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Bloqueio Periférico	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Alencar	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	06
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8,0		PAR	02
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5		PAR	03
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	04
ALCOOL 70%	ML	30		PVPI DE GERMANTE		ML	600
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO		ML	600
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA		ML	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC		UNID.	03
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC		UNID.	02
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC		UNID.	02
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC		UNID.	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	05
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL		UNID.	
JELCO Nº	UNID.	05		Crepon			02
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUF Confere com Original			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2,0	04		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:			
VICRYL							
PROLENE							





## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: *Ronaldo Penino da Silva*Procedimento: *Fratura exposta Pótilis D*Sala: *05*Alergia: *Nigou*Data: *05/08/17*Cirurgião: *charlusa CT*

Observações:

*00:50**01:50*

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Anestesia	mcg	-000								
2 Nigou	mcg	-10								
3 Nitrolixa	0	-02								
4 Analeptico	mg	-04								
5 Atropina	mcg	-10								
6 Nitroglicerina	0	-02								
7 Ativina	0	-00								
8										
9										
10										
11										
12										
13										
Oxigênio		1/40	3	3	3	3				
AR/N2O										
Volátil	%									

## Acesso Vascular

 Periférico *MSE prívios*Cat. Venoso nº *20 G* Dificuldade aces. venosoGastos *0* cateteres Central

## Via Aérea

 Cateter nasal IOT nº *\_\_\_\_\_* LMA nº *\_\_\_\_\_*

## Monitorização:

 Cardioscopia

PANI

 Oxímetro de pulso ETCO2 Outros

## Anestesia:

 Geral Venosa Geral Balanceada Raquianestesia Peridural Bloqueio Periférico

Outros

Decúbito: *Sidocao*

SPO2 (%)	97	99	99	99
ETCO2 (mmHg)				

Aces. Venoso

*F*

Aces. Venoso

*F*

Diurese

Perdas Sanguíneas

Teresa Ruyol Penido de Sousa Lopes

Matrícula: 059234

SAME - HUT

Confere com Original

Descrição da Anestesia: *Bloqueio Periférico D com U5 Agulha 450 com 90mL Roré 0,5% + eido 1% com UC seu intubado com 100% O2 com 3L/min.*

*Antonio Cortez*  
Anestesiologista  
CRM-PB 3.736





PRESCRIÇÃO (VIE) DICA

INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - PI

140

AUXÍLIO DE URGÊNCIA

100

Teresa Roque Pereiro de Sousa Lopes  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Confere com Original

Dr. Giordano Cidemberger / **Arthroscopia & Traumatologia /** Dr. Yuri Juvago Felix / **Ortopedia e Traumatologia /** Dr. Ricardo S. Valenca / **Ortopedia e Traumatologia /** Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho / **Ortopedia e Traumatologia /**



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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. 35

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – POS – OPERAIS ORU – SRPA

NOME Ronaldo Reis Te do Silve IDADE anos DATA 05/08/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 02 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA(  ) GERAL(  ) RAQUE(  ) BLOQUEIO(  ) PERIDURAL(  ) SEDACAO(  )

CIRURGIA REALIZADA *Int. Cruralis* CIRURGIA

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		CIRURGIA
	ADMISSÃO	SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	109 / 69		8:00
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	95		17:55
SATURAÇÃO DE O2 (%)	98 %		95
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	/		99.1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	/		/
NOME/ MATRÍCULA	EDMZ		1000123456789

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	0	0
ESCALA DE DOR, ADMISSÃO	6	7	8	9	10
ESCALA DE DOR ALTA	0	2	4	6	10
TOTAL	08				
Assinatura	Ass. Fábio Parentes ENFERMEIRA COPEND 143002				

								CDEN-PI: 484025		
( <input type="checkbox"/> ) SONDA VESICAL		( <input type="checkbox"/> ) DRENO DE SUCÇÃO		( <input type="checkbox"/> ) DRENO TORACICO		( <input type="checkbox"/> ) DVE		( <input type="checkbox"/> ) COLOSTOMIA		SONDA ( <input type="checkbox"/> ) NASOG ( <input type="checkbox"/> ) NASO
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL			
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL			

## EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

02h Admitida no MTA em POC de fist. urinária. Somente, desnutrição avançada. Enviado para cirurgia.

Kleônia Freire Parentes  
ENFERMEIRA  
COREN-PI: ABAU25

Teresa Roquel Pereira de Souza Lopes  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT  
Confere com Original

Pedro Victor dos Santos Moura  
MÉDICO  
CEP-01.652-25

ALTA SRPA Estación, airport en AA, 1  
quinas, setores AA:93%, 4K-10

HORÁRIO 06:35 h ANESTESIOLOGISTA Pérola

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

ENCAMINHAMENTO / EXTERNO / SALA DE GESSO / IMAGENS E GRÁFICOS / 1

www.ijerpi.org

11.11.12.1.124 | EMERGÊNCIA PED. | HU | IPED | LINÉURO | LIGERAL | 14 | LQUEIM | CLÍNICA | | IPED | IORT | LINÉU | ICIR | IMED





**REQUISIÇÃO DE PARECER**

NOME	<i>Paulo Henrique de Oliveira</i>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	<i>ortopedia</i>	LEITO
À CLÍNICA	<i>cardiologista</i>	<i>232 / 86</i>

**MOTIVO DA CONSULTA**

49 anos, paciente portador de  
rins europeos

OK

DATA: \_\_\_\_\_

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

**PARECER**

*Paciente a fanto gal, apurado, apurado*

*Concreto, orientado*

*A.C.: paciente apurado e f/s/comp*

*E.C.G.: paciente normal*

*Lab: Hb: 16,3 Leuco: 11.300 PL: 329.000*

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

*cl: 79 Hb: 19 C: 0,8  
Nega: HAS/OMZ/IC/1AM/*

*Relatório final: Baixo risco pelo agoritmo de ter*

DATA: 07/08/19

*Dr. Maites T. R. S. C. Cruz*  
CRM-PI 3460  
Cardiologista RQE-1277  
Cardiografista RQE-2129

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

Med. Renato Rangel Pereira de Souza Lopes  
DN: 232116  
07.08.17  
07.08.17

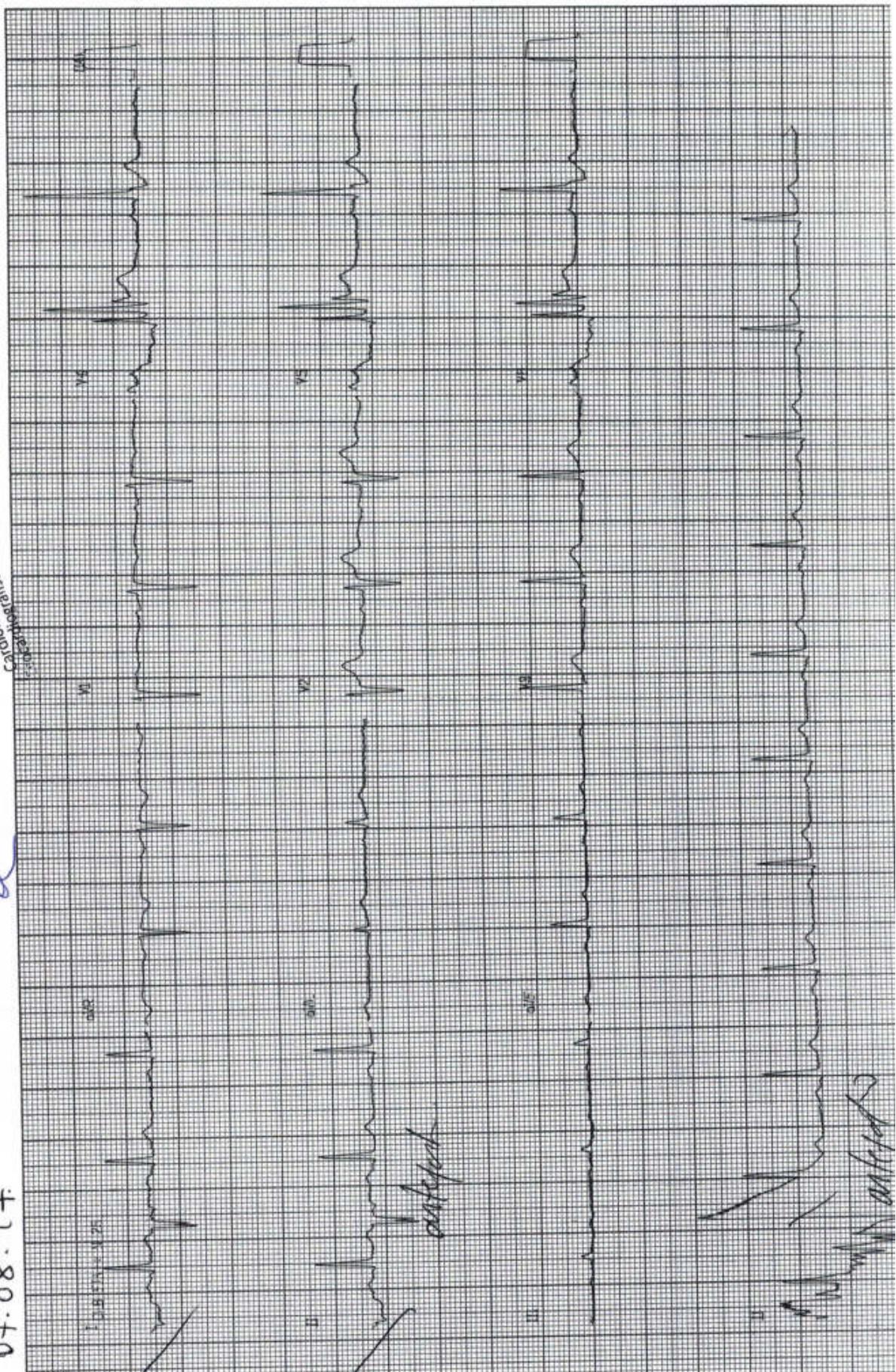
Tensão Arterial: 135/80

Matrícula: 059234

SAME - HUT

Consulta em Original

Dr. Thalles T. R. S. C. Cruz  
CRM-PI 3460-1277  
Cardiologista RQE-2212  
Cardiologista RQE-2212





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

*234529*LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## 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	10-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
6-Munic: TERESINA	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

FCC *Seus* (D) (fus) *Bo*  
*infomir* *fus* + *Bo* *Terr* *Paras*

21 - Condições que justificam a internação:

*As causas* *As*

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lya  
Matrícula: 059234  
SAME - HUT

Confere com Original

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

*Exame* (I) *Bo*

23-Diagnóstico Inicial:

Outros transtornos de sinovias e de tendões em doenças classificadas em

24-CID Prin: M688

25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO									
28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:								
0408060450	TENOMIORRÁFIA								
29-Clinica:	30-Caráter:	Ident.:	31-Docum.:	32-Doc. Méd. Solic.:					
		02	01	CPF	004.798.243-80				
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:				34-Data Solicitação:					
RAUL RUBEN DE MACEDO NETO				09/08/2019					
35-Aes. Catimbo Med.Sol. (CRM)									

*Raul Ruben de Macedo Neto*  
CRM-P-3843  
07/12/94  
CRM-P-3843  
07/12/94  
35-Aes. Catimbo Med.Sol. (CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Típico			
38-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:  
 Empregado     Empregador     Autônomo     Desempregado     Aposentado     Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:	<i>24/08/19</i>
48-Documento: ( <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF)	49-Num. Documento:	<i>2007091258194130000010156512</i>

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*José de Ribamar Santos*  
Assinatura: *2007091258194130000010156512*  
Auditória: *2007091258194130000010156512*  
CRM: *2007091258194130000010156512*  
Conselho: *2007091258194130000010156512*  
Local: *734499*  
Consulta SUS: *09/08/2019 08:07:02*  
Impressão: *09/08/2019 08:07:02*



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 234529 AIH: 2219101855949
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS INFORMAÇÃO POSTERIOR
---

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO
---------------------------------------

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
--

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
----------------------------

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL M588 - OUTROS TRANSTORNOS DE SINOVIAS E DE TENDOES EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408060450 - TENOMIORRAFIA
--

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

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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: 35336835391	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM: DATA ANALISE: 31/08/2019 14:32:52
---	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:
--



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

DATA 09/08/19

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

NOME DO PACIENTE: Ronaldo Pereira da Silva PRONTUÁRIO Nº: 365363  
 DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
 ANESTESIA: Raque CIRURGIA: Tenorragin  
 CIRURGIÃO: Raul Nº DA SALA: 06  
 AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESIA: Flávia CPF Nº: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADORA: Selene Reis CPF Nº: \_\_\_\_\_

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7,5,8,0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>30</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Erupção</u>		<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUT Confere com Original <i>[Signature]</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>0</u>	<u>02</u>		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Raque</u>			
VICRYL							
~ROLENE							



## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO		
Centro Cirúrgico		
Nome do Paciente <i>Docez de Forjans</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Furunculose nos inferos os pectorais</i>		
Operação - Tipo <i>Extrair</i>		
Cirurgião <i>Raul</i>		
Dr. Raul Rubens de Macedo ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3849 TEOF 12.991		
1º Assistente	2º Assistente	3º Assistente
<i>Elaine</i>	<i>Flávia</i>	<i>Anestesia</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Meningo.</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>OSS: Arco com contusões</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Lesão ao infecel</i>		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUT Confere com Original
1 - <i>xx</i> 2 - <i>processo articular</i> 3 - <i>meiostomia</i> <i>calhosas</i> <i>80,9%</i> 4 - <i>desvascularizar</i> 5 - <i>torus</i> <i>osteotomia</i> <i>osteotomia</i> 6 - <i>sinus</i>		

Mod. 76 HUT





**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:	<b>RONALDO PEREIRA DA SILVA</b> (Prontuário: <b>165363</b> )		
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: SUS

### 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

Professional Responsável

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
 Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 44



**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: **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 integros.
- 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
 Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 45



**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 ESPESSAMENTO 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 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:	<b>RONALDO PEREIRA DA SILVA (Prontuário: 165363)</b>			
Endereço:	RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	13/11/1969	Idade: 49a9m2d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	984237	Solicitação: 05/08/2019	Solicitante: YURI JIVAGO FELIX	Atendimento: 244535
Controle:	1277238	Convênio: SUS	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 pâ/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  




Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
 Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 47

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419885/19

**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

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 48

## 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 49

## 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 Residencial Adm.ultimo 5 Nº a. DCJ 2  
Bairro: Timon Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: Timon - MA  
Telefone: (86) 98807-7875 ( ) \_\_\_\_\_

### OUTORGADO:

Nome: keyilly 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:

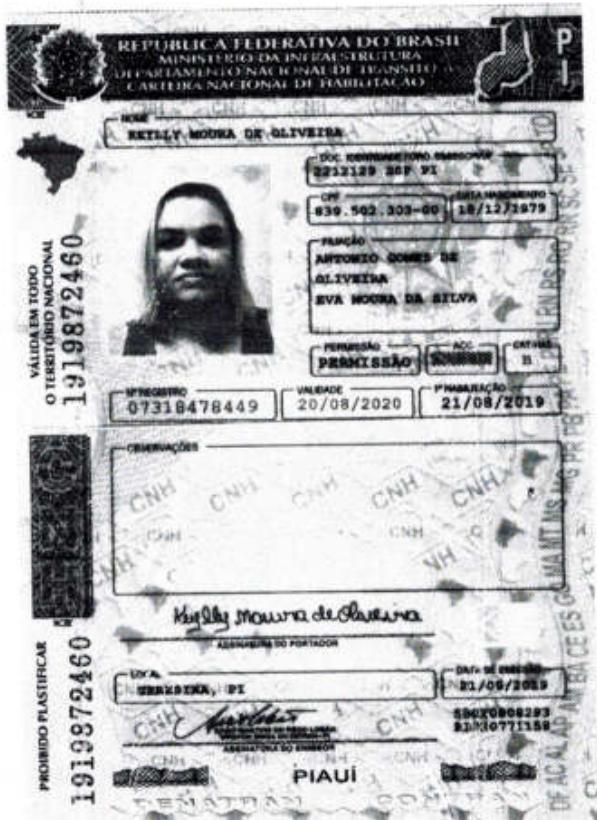
Vítima: Ronaldo Pereira da Silva  
CPF: 766.746.224-00 Data do Acidente: 04/08/19  
Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte  
Timon 02 anexo 2019  
Local e data

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



Reconheço como verdadeira(s) a/s firma(s) do:  
Ronaldo Pereira da Silva  
Cartório do 1º Ofício  
TIMON - MA  
Em Testemunho Jandaina Jansen Carneiro e Silva da verdade.  
Timon(MA), 02/10/2019  
Jandaina Jansen Carneiro e Silva  
Assinatura reconhecida  
Escrivente





## 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:58:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091258194130000010156512>  
Número do documento: 2007091258194130000010156512

Num. 10707521 - Pág. 53





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Mora de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ronaldo Pereira da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 966.746.224-00

do sinistro de DPVAT cobertura Intervilodz da Vítima Ronaldo Pereira da Silveira

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. Almeida de Jenerio</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Turin</u>	Estado: <u>PR</u> CEP: <u>86.000.902</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(86)994729591</u>

Local e Data: Turin - PR - 12.11.19

Keylly Mora de Oliveira  
Assinatura do Declarante





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	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.

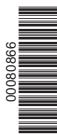
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 01731/01732 - carta\_03 - INVALIDEZ



00080866

Carta nº 15211352



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. 56