

Controle de x Audiências x Upload x PJ Acesso 1º x PJ Consulta p... x PJ 0811499-74 x Merge PDF x WhatsApp x Caixa de ent... x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=231178&ca=c0f36919e3bf051fad699aacdfb3b44f83cf...

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

PJE ProceComCiv 0811499-74.2019.8.18.0140
EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

13 Jul 2020

10751060 - CONTESTAÇÃO (2733443 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/07/2020 11:00:48

10 de 8

downloadBinario.seam 1 / 9

2733443- CS/ 2020-02536/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

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

Exibir todos

PT 11:00 13/07/2020



Número: **0811499-74.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS (AUTOR)		ARTHUR LENNON ALVES MENESES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10751062	13/07/2020 11:00	processo administrativo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

ÁGUAS DE TERESINA

TC 1.38
2016/204131511

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilân Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 3000 ou 115 / (86) 98124-3299

MATRICULA 12314234-2 FATURA Nº 153617711
MÊS/ANO 12/2018

NOME/ENDEREÇO JOANA FERREIRA DA MATA
MORADOR
RUA LUCIDIO FREITAS, 1275-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64003120

LOCALIZAÇÃO 001-00002-000810 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A10X027446

PERÍODO DE CONSUMO	UIDO	FATURADO	ECONOMIA - CATEGORIAS / TUBAGEM
MÊS/ANO			2 Residencial - Normal
10-2018 Lido	15	29	
09-2018 Lido	09	29	
08-2018 Lido	21	29	
07-2018 Mensal	00	29	
06-2018 Lido	16	29	

ANTERIOR 05/11/2018 1246 LITROS
ATUAL 04/12/2018 1246
CONTUO MÊS M3 20 LITROS
PIS. PASEP 50.36x1.65m = 1.49
COPIS 50.36x7.50m = 6.86

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL TAXA DE CONSUMO PIS/MÊS (R\$)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 53,02 REF. VALOR
10 25 4.9400 65	> Residencial-Normal 20,0 m3 53,02
25 559999 8.5300 65	VALOR DE ESGOTO - 33,64
	> Residencial-Normal 20,0 m3 33,64
	JUROS POR ATRASO 10/2018 0,41
	JUROS POR ATRASO 11/2018 0,08
	MULTA POR ATRASO 10/2018 1,62
	MULTA POR ATRASO 11/2018 1,59
NÃO RESIDENCIAL TAXA DE CONSUMO PIS/MÊS (R\$)	
	VENCIMENTO 17/12/2018 TOTAL A PAGAR 90,36

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES
INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERÁ SER MODIFICADA
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.587/95, Art. 8º, §3º, inciso III.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.122	100	22	1,33	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3.102	3.094	8	3,19	Inferior a 15
PH	3.119	3.074	45	6,82	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.128	3.101	27	0,99	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	993	992	1	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	993	993	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/12/2018 HORA DA EMISSÃO: 13:15



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Euripedes Pereira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 372.982.593 34, do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Euripedes Pereira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 372.982.593, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 30 de Janeiro de 2019
Local e Data

Nelle Roge Soares Marques
Assinatura do Declarante

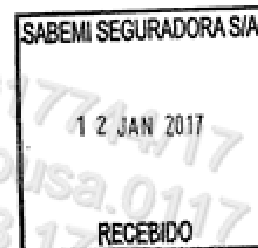
01/2017

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, ROSIMEIRE DOS SANTOS,
RG nº 1.263.813, data de expedição 15/09/98,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 667.436.053-87, com
domicílio na cidade de Timon, no Estado de
MARANHÃO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DR. JOÃO LULA - PARQUE PIAUI, nº 2186,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS, cujo o condutor era
EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / POP100
Ano: 2014/2015
Placa: DXX 0089
Chassi: 9C2HB0210FR411252
Data do Acidente: 22.08.2016
Local e Data: Timon-MA 24.11.2016



Rosimeire dos Santos
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO 3º OFÍCIO EXTRAJUDICIAL - TIMON-MA
Av. Presidente Médici, 609 - Parque Piauí - CEP 65631-390
FONE: (99) 3326-8080

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A(S) FIRMA(S) DE: ROSIMEIRE DOS SANTOS. DOU FE. 08 DA VERDADE. Timon-MA, 24/11/2016.
Adilson
FÁBIA DA COSTA E SILVA-ESCREVENTE (PARCIA)



Declaração do Proprietário do Veículo

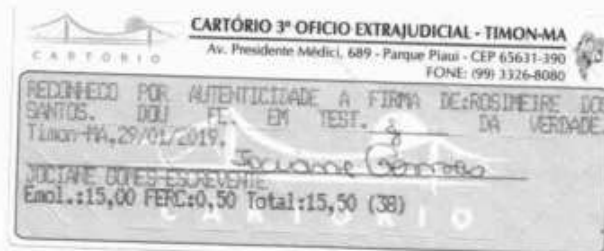
Eu, Rosimeire dos Santos,
RG nº 1263813 data de expedição 30/05/18,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 667.436.053-87, com
domicílio na cidade de Timon, no Estado de
MA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Saco Lula, nº 2186
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Euripedes Pereira dos Santos, cujo o condutor era
Euripedes Pereira dos Santos.

Veículo: Moto
Modelo: Honda POP 300
Ano: 2014/2015
Placa: 0XX0089
Chassi: 9C2H B0210FR411252
Data do Acidente: 22/08/2016
Local e Data: Timon; 29-01-19

Rosimeire dos Santos
Assinatura do Declarante



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





Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número da Ficha
Série D - Nº
201.305

Carimbo da Unidade de Saúde
F.M.S.
U.S.D. ARCOVERDE
AMBULATÓRIO
05.522.917/0015-35
Q. 250 - CASA 50 - CIRQUELO
TERESINA - PI - 6315-9206

Nome do paciente	Ednilson RIBEIRO DA CUNHA
Endereço	
Assinatura	

Laudos

HO: Fractura de rádio e ulna
Fixado com placas + parafusos
Perda de cerca de 50% da exten-
são do punho ①

CFD: 5525 + 5522

[Handwritten signature]

Data
08.10.18

Carimbo e assinatura do(a) profissional

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO





PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Atesto que para os devidos fins
Ednilson Ribeiro da Cunha, RG 530
68961; CPF 031.672.823-08, realizar
tratamento fisioterapêutico no centro
de fisioterapia, diagnosticado
com fratura de antebraço "D", apre-
sentando dor, diminuição
de força e amplitude. Paciente
continua em tratamento fisioter-
apêutico.

CAD 10.552

Dr. Ednilson Ribeiro
C.R.F. 243984-F

Avenida Presidente Vargas, nº 284 - Centro
Beneditinos-PI - Fone: (66) 3269-1151
E-mail: saudebeneditinos@hotmail.com

Beneditinos
24.03.18.

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO





Hospital de Urgência e Emergência
Dr. Zénon Rocha

Rua Dr. Cito Telo, 1620 - Ipanema, 70
Teresina-PI

ATESTADO MÉDICO

Atesto que

Ednan Soares Coutinho

Cart. Prof. Nº

Série:

necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir

de

Teresina, 27 de 08 de 20 18

Assinado eletronicamente
em 13/07/2020 às 11:00:47
SPM 6202-MA

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO





RECEITUÁRIO

05.522.917/0022-02 .

Hospital de Urgência de Teresina - Dr Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção Cep: 64017-775

NOME:

Teresina-Pi

ENDEREÇO:

USO INT

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp

Tomar 01 comp VO 6/6hs por 7 dias

2. Nimesulida 100mg _____ 1cx

Tomar 01 comp VO 12/12hs por 5 dias

Teresina

Médico/CRM
Carimbo

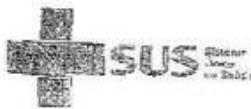
USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO





ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS: Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Obs: não retirar a imobilização (tala gessada) até o retorno ao médico

Cirurgia Realizada pelo Dr

Frederico

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO





Estado Do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



FMS
Fundação Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série

Série D - 067572

Carimbo da Unidade de Saúde

U. S. D. ARCOVERDE
AMBULATÓRIO
05.522.017/0015-75
Q. 250 - CASA 50 - DIRCEU II
TERESINA - PI - 3215-9206

Nome do paciente

Ednelson Ribeiro de Azeite

Número do Prontuário

Endereço

Bairro

doendo

H/O: Fratura de rádio + ulna e @,
fixada com placa + parafusos

Cto: 5522

Afastamento: 06 (seis) meses

Data

21/09/18

Carimbo e assinatura do(a) profissional



DIR

DIR



102.2%



19/12/1984
06/07/2018 08:07

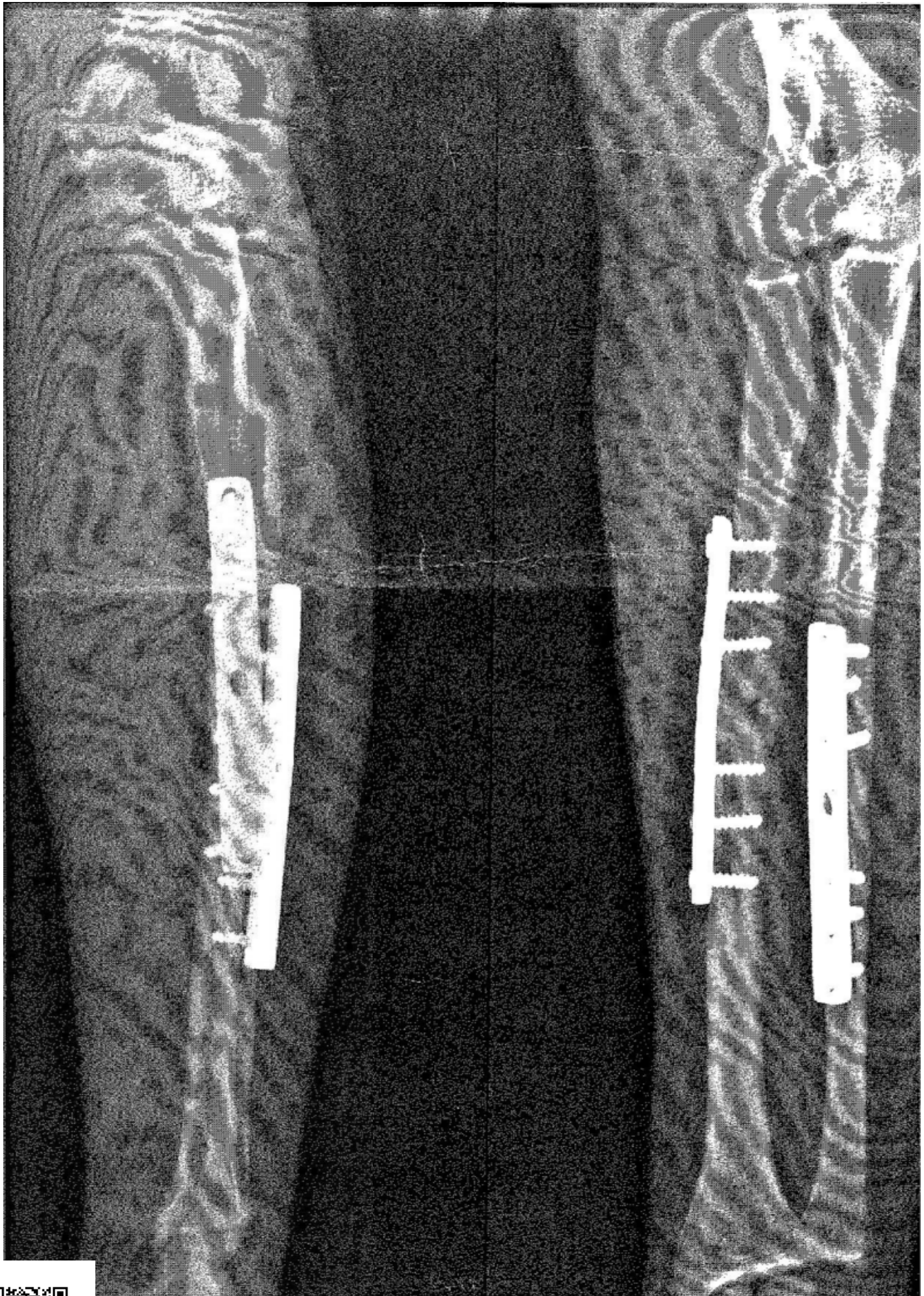
102.2%

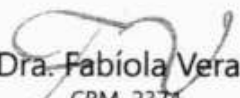
EDNILSON RIBEIRO DA CUNHA
82638

AV. HIGIÃO CUNHA 1515 - ILHÓTAS - TELEFONE: (80) 3186-1000

CEIR
CENTRO DE REABILITAÇÃO DE REABILITAÇÃO






Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA
• • • • •

ATTESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o Sr. Euripedes Pereira dos Santos, portador do acidente de trânsito, sofreu trauma em mão esquerda, com fratura exposta de 3º, 4º e 5º metadactilos da mão esquerda, submetendo-se a tratamento cirúrgico, tendo sido observadas deformidades dos dedos e limitação de movimentos, em alta definitiva do tratamento, apresentando função funcional de 80%.

Em, 28.08.18


Dra. Fabíola Ferreira H. Veras
Clínica Médica/Reumatologia
CRM 2374

MEDICARCI Rua Lisandro Nogueira, 2042 - Centro | Fone: 3301-4343 • 3221-1009





NOME DO PACIENTE: Guilherme Pereira dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 416793



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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

COPIA FEITA EM

TERESINA, PI, ____/____/____

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 22/08/2016 06:26:07

DADOS DO PACIENTE:(User: ANTONIA TAISA
(Estação: ACCR01)

Nome:	EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS		Prontuário:	416793
Mãe:	PAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS	Pai:	BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS	
End. Resid.:	RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento:	18/05/1966	Idade:	50a:3m:4d	Sexo: Masculino Fone: 86-93212-2189
Responsável:	EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS		CNS:	709509619838770
Profissão:	PEDREIRO		Documento:	
G. Instrução:	Fundamental Incompleto		E. Civil:	Casado(a)
End. Local:	-			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	564409	Data:	22/08/2016 06:20:49	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Tipico:	Não
				CID Secundario:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Fratura exposta	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:	ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO E. FRATURA EXPOSTA EM 3 QUIRODACTILO.		Profissional Clas. Risco:
			ANTONIA TAISA DE CARVALHO COREM 273225 Em: 22/08/2016 06:26:07

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Art + Defenidore + fennel
Mao G

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Nemesio Martins de Castro Neto

Matrícula: 70291

CPF: 000.000.000-00

E-lore com Original

PA ____ mmHg

Pulso: ____

31 JAN 2019

bpm

Temp.: ____

Diagnóstico Inicial:

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 400 Loja C
Centro, Teresina-PI, CEP: 64017-770

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx MAO E (Ax/Ob)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Se Internação, indique o Procedimento e CID

Procedimento

CID

Dr. Jesus Torres de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
(Médico de Trabalho)

Assinatura: _____
CRM: 5777 EOR: 4687_____
Assinatura Paciente ou Responsável



AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTOC DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

2- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

7- CNS: 709509619838770

8- Nascimento: 18/05/1966

9- Sexo: Masculino

11- Mãe: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

13- Resp: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

15- Endere: RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - CEP: 65630-020

16- Muníc: TIMON

17- Cod. IBGE: 211220

18- UF: MA

19- CEP: 65630-020

6 - Prontuário: 416793

12- Fone: 86-99212-2189

14- Cor: Sem informação

COM BOLETIM CIR/ANEST

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

lesão extensa na mão esquerda
frat metacarpo, dedos, articulação

21 - Condições que justificam a internação:

Fract. dia.

Temporária + 0408060456 - MG
Fract. metacarpo + 0408070539 - 65635
Fract. dedo + 0408070342 - 65636 12x

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

Artemex + Rx + ex. físico

23- Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- Cod. Proced.: 0415030013

27- Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

29- Clínica:

30- Caráter: Ident.: 02 01

CPF

841.275.623-15

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

34- Data Solicitação:

22/08/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Desempregado

() Não Segura

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

48- Documento:

() CNS () CPF

49- Num. Documento:

50- Ass. Carimbo (Pg. Consel)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura de Euripedes Pereira dos Santos



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Euripedes Pereira dos Santos

Diagnóstico pré-operatório

Politrauma

Operação - Tipo

Est. Bennett + Arco de Kuchars + prot. de abd.

Cirurgião

Dr. Flávio Maciel de S. Coutinho
Oncologista
CRM-PI 3102

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesista

Dr. Tiago

Anestesia

local

Anestésico(a)

Data da Operação

22.08.16

Início

08:10

Fim

09:15

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

0408060450 - M 679 - Boneca
408020539 - 5625 - prot. de abd. N + III
0408020342 - 5626 - prot. de abd. N + III

Acidente Durante a Operação

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70291
SAME-HUT
Compare com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Bloqueio + redução, 20A, 1cm de empurro.
Ostomia, sutura, compor. de abd. N + III
ligadura e 1. St. 9. St. em abd. N + III
sutura de Kuchars, prot. Bennett + prot. de abd.
prot. de abd. N + III. Sutura de Kuchars. Sutura de Kuchars.
prot. de abd. N + III.

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rezende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Flávio Maciel de S. Coutinho
Oncologista
CRM-PI 3102

MOD. 76 - HUT





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Euripedes Pereira dos Santos</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Solitários</i>		
Operação - Tipo <i>Fist. Bennett + linfo de linhas - prot. drenage</i>		
Cirurgião <i>Dr. Flávio Maciel B. de S. Coutinho</i>	1º Assinante	
2º Assinante <i>CRM-PT 3102</i>	3º Assinante	
Instrumentador(a) <i>Ediane</i>	Anestesista <i>Dr. Tiago</i>	Anestesia <i>local</i>
Anestésico(a)		

Data da Operação <i>22.08.16</i>	Início <i>08:10</i>	Fim <i>09:15</i>
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

*0408060450 - M 679 - com esp. fin.
408070539 - 5625 - prot. submucoso
0408070342 - 5626 - prot. plano 2
N + III*

Acidente Durante a Operação

Nm
Nemésio Martins de Castro Neto
Médico: 70291
SAME-HUT
Compare com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Bloqueio + redução, 20A, linfo de linhas.
Oligo, cutâneo, corpo, fechamento
linfo e 1. St. 9. St. em submucoso,
natureza de linhas, prot. Bennett + prot.
prot. plano 2. Linhas. Retorno do
pro. solo linfo*

Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Patologista e Anatomopatologista
CRM-PT 3102

MOD. 76 - HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N°
Proc. N°
Rubrica

DATA 22/08/2016

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: Euripedes Pereira dos Santos
DIAGNÓSTICO: Politrauma mão e pé
ANESTESIA: Local
CIRURGIÃO: Dr. Gilvin Medeiros de Sá Coutinho
AUXILIAR: -
ANESTESIA: Dr. Thiago
INSTRUMENTADORA: Ediane

PRONTUÁRIO: 216793
CIRURGIA: Fixação + correção
N° DA SALA: 02
CPF N°:
CPF N°:
CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	200ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	1		PVPI TÓPICO	ML	150ml	
AGUA OXIGENADA	ML	1		PVPI TINTURA	UNID.	02	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRADO	CM	20cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	1	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	1	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Elétrodos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Cupern		02 UNID.	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 3.0		05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE Nº 3.0		01					

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70291
SAM-ATUT
Confere com Original

Lindomar Carvalho Júnior
Instrumentador Cirúrgico
COREN/PE 5825-TE

HUT
HUTTEN
HUTTEN
HUTTEN

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
LÍQUIDOS		SEQUÊNCIA				
TEMPERATURA T		DURAÇÃO				
P. ARTERIAL V O PULSO		INCIDENTE - ACIDENTE				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE
Dr. Flávio

ENF. OU AP LEITO

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA/HORA
CÓDIGO

POI

22/08/16

1 Dieta oral livre após efeito anestésico

2 SG 5% 1000ml EV EM 24h

3 Keflin 1g + AD EV 6/6h

4 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h

5 Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h

6 Plasil 10 mg EV 8/8h SOS

7 Nubain 01 amp + AD EV 12/12hs SOS

8 CCGG + SSV

Núcleo de Atenção de Urgência
Assinatura: 7/2016
Carimbo: com original

Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 3102
Flávio Maciel



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS** (Prontuário: 416793)
Endereço: RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/05/1966 Idade: 50a:4m:19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 564409
Requisição: 668394 Solicitação: 22/08/2016 Solicitante: JESUS TORRES DE ARAUJO
Controle: 835844 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/08/201

MAO

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas nas falanges proximais do 4º e 5º quirodáctilos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/09/2016

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Handwritten signature
Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 10891
SAME-HUT
Conferir com Original



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS** (Prontuário: 416793)
Endereço: RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/05/1966 Idade: 50a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 170755
Requisição: 668477 Solicitação: 22/08/2016 Solicitante: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO
Controle: 835931 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/08/2016

MAO

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-redução de fratura-luxação na mão e punho com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/09/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

EuripeDES Pereira dos Santos

CARTHEIRA DE IDENTIDADE

RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS
BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

TI-MON-MA

CERT. CASAM. 32490 L 82B F 258V
EXP. TERESINA-PI 27/01/06

372.982.593-34

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03 - SECRETARIA Nº 30.250/03

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 889.472 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/03/09

NOME EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS
BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

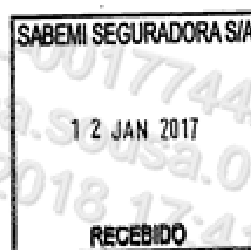
DATA DE NASCIMENTO 18/05/1966

TI-MON-MA

CERT. CASAM. 32490 L 82B F 258V
EXP. TERESINA-PI 27/01/06

372.982.593-34

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03 - SECRETARIA Nº 30.250/03



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 889.472 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/03/09

NOME EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS
BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE TIMON-MA DATA DE NASCIMENTO 18/05/1966

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 32490 L 82B F 258V
EXP. TERESINA-PI 27/01/06

372.982.593-34

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Polícia Civil

Assinatura: Euripedes Pereira dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Foto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		1150102529789 DETTRAN - MA		Nº 012999644215 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
01	102529789	01	102529789	01	102529789
ROSINEIRE DOS SANTOS ***** ***** *****		467.436.053-07		0XX0089	
9C2HB0210FR411252		9C2HB0210FR411252		0XX0089	
PAS/MOTOCICLETA/		ESPECÍFICO TIPO		COMBUSTÍVEL	
HONDA/POP100		MARCA / MODELO		GASOLINA	
00002P/0097 CI		CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
29/03/16		VENC. COTA ÚNICA		VENC / COTAS	
0,00		PARCELAMENTO / COTAS		1º 000000000 2º 000000000 3º 000000000	
286,75		PREMIO TAPAJARÁ (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
1,11		272,01		22/08/16	
0680H02E1F411252					
AF / ADM CONS NAC HONDA LTDA					
TIMON-MA					
23/08/2016					

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
MA Nº 012999644215	BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
VA 01	CPF / CNPJ 667.436.053-87
RENAVAM 1025729789	PLACA DXA0089
ANO (AB) 2014	MARCA / MODELO HONDA / POP100
FNS (R\$) 129,04	Nº CHASSI 9C2HB0210FR411252
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA	TOTAL DO SEGURO (R\$) 292,01
DATA DE EMISSÃO 2016	DATA DE EXPIRAÇÃO 22/08/16
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.348.603/0001-04 www.seguradoralider.com.br	
0008268	001 01361



CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO: (3180420208)

Eu, Edmilson Ribeiro da Cunha, Portadora do RG nº: 53.068.961-3. Org. Expedidor: SSPSP. Data de Expedição: 12/NOV/2008.

Endereço: LOT. PROGRESSO II R-05 Nº: 1936. Bairro: RENASCENÇA.

Cidade: TERESINA. Estado: PI. CEP: 64082-122.

VENDO POR MEIO DESTA SOLICITAR A REABERTURA DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO CONFORME O SINISTRO ACIMA, O QUAL HAVIA SIDO NEGADO, PELO MOTIVO DE NÃO TER SIDO AINDADO O TRATAMENTO. DIANTE DESTA RESOLUÇÃO, ANEXO JUNTO A ESTA, LAUDO CONCLUSIVO DO TRATAMENTO

SEM MAIS,

Atenciosamente desde já

Cidade: TERESINA / 08-OUT / 2018.

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO

Edmilson Ribeiro da Cunha

ASS: VITIMA.





Secretaria Municipal Saúde/SUS
Avenida Paulo Ramos, 95- Centro



DECLARAÇÃO

Declaro que, **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS**, documento RG: **889.472** e CPF: **372.982.593-34**, foi atendido pela Unidade Móvel Suporte Básico do SAMU - 192 de Timon- MA, no dia 22/08/2016 aproximadamente às 05:50, local: Rua 10 com rua 100, próximo a Ceasa. Paciente vítima de acidente de trânsito moto, apresentando lesão MSE com fratura exposta, segue estável consciente orientado. Hospital de Destino: Hospital Urgência Teresina - HUT.

Timon (MA), 24 de Novembro de 2016.


Teresinha do Menino Jesus Leal Nunes
Coord. Geral SAMU Timon-MA
Timon-MA 11/08/2016 13:00

Teresinha do Menino Jesus Leal Nunes
Coordenador Geral do SAMU



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085342 **Cidade:** Timon **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fraturas expostas dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

Descrição do exame físico: Ao exame físico, vítima apresenta limitação severa dos movimentos de flexo-extensão dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico com fios de Kirschner e limpeza mecano-cirúrgica. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	22,5%	R\$ 3.037,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: Euripedes Pereira dos Santos			
RG: 889.472	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 10/03/08	
CPF: 372.982.593-34	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Pedreiro	
ENDEREÇO: Rua Lucidio Freitas	Nº: 1275		
COMPLEMENTO: Casa	BAIRRO: Centro		
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64003-120	TELEFONE: (86) 99534-6565

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: Nello Roze Soares Marques			
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Recuso	
ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro	Nº: 544		
BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

: Euripedes Pereira dos Santos

Data do acidente de trânsito: 22/08/2016

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Bemim 29-01-19

*Euripedes Pereira dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036523/19

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 372.982.593-34

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/08/2016

Titular do CPF: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS : 372.982.593-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190085342**

Nome do(a) Examinado(a): **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Lucídio Freitas, 1275 - Matinha - Teresina - PI - CEP 64003-120

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **889472**

Data e local do acidente: [**22/08/2016**] **Timon -MA**

Data e local do exame: [**14/02/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fraturas expostas dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

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

Ao exame físico, vítima apresenta limitação severa dos movimentos de flexo-extensão dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Realizou tratamento cirúrgico com fios de Kirschner e limpeza mecano-cirúrgica. Recebeu alta.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

3º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

5º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

4º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180473725

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180473725**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13462419

Pag. 01445/01446 - carta_01 - INVALIDEZ

00020723





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 Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085342

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

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 13898917





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, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190085342 **Vítima:** EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01475/01476 - carta_02 - INVALIDEZ

00060738



Carta nº 13912093





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, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085342

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 3.037,50

Recebedor: **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **104**

Agência: **000002442**

Conta: **0000024317-6**

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU, EURIPODES PEREIRA DOS SANTOS,

PORTADOR(A) DO RG Nº 889.472 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 10/03/09 E

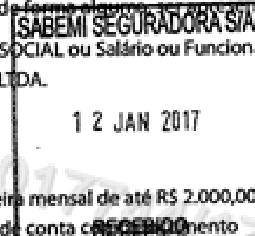
CPF 372982593-34 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO RECUSOU-SE

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU-SE (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EURIPODES PEREIRA DOS SANTOS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta RECEBIMENTO comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2442 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24317-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Timon-MA, 05 de 12 de 2016

LOCAL E DATA

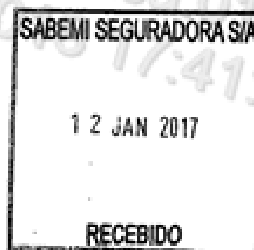
Euriudes Pereira dos Santos

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Observações:

- Válido como certidão para fins de
- Este documento é gratuito.

GOVERNO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
3 DELEGACIA DE POLÍCIA DE
BOLETIM DE Ocorrência N.º 1059 / 2016



CÓDIGO DO REGISTRANTE: 598 **DATA DO REGISTRO:** 01/12/2016 15:27:59

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ADMINISTRATIVA

DATA DA OCORRÊNCIA: 22/02/2016 05:50:00

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA 10

COMPLEMENTO DO END.:

BAIRRO: PARQUE SÃO FRANCISCO

CIDADE: TIMON

ESTADO: MA

COMUNICANTE

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

EST. CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: TIMON

NASCIDO EM: 18/03/1922

RG/ÓRGÃO:

FILIAÇÃO PAI: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MÃE: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

PROFISSÃO:

CPF:

ENDEREÇO: DR. JOÃO LULA

NÚMERO: 2135

COMPLEMENTO:

BAIRRO: PARQUE PIAUI II

CIDADE: TIMON

Estado: MA

TELEFONE(S):

VÍTIMA

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

EST. CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: TIMON

NASCIDO EM: 18/03/1922

RG/ÓRGÃO:

FILIAÇÃO PAI: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MÃE: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

PROFISSÃO:

CPF:

ENDEREÇO: DR. JOÃO LULA

NÚMERO: 2135

COMPLEMENTO:

BAIRRO: PARQUE PIAUI II

CIDADE: TIMON

Estado: MA

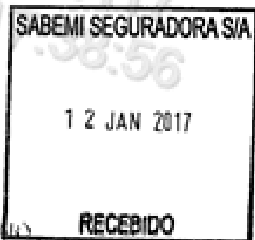
TELEFONE(S):

RELATO DA OCORRÊNCIA:

VEIO COMUNICAR QUE NO DIA 22/02/2016, TRAFEGAVA NA RUA 10, PARQUE SÃO FRANCISCO TIMONMA, NA MOTO HONDA POP 100, ANO 2014/2015, DE COR BRANCA PLACA 0X60088 TIMONMA, DOCUMENTO EM NOME DE "ROSIMEIRE DOS SANTOS", QUANDO FOI ABALROADO POR OUTRO MOTOQUEIRO E MOTO NÃO IDENTIFICADO QUE DIANTE DO FATO CAIU SOFRENDO LESÃO EM TODO CORPO, ALEM DE FRATURAS NAS FALANGES PROXIMAIS DO 4º E 5º QUIRODACTILOS DA MÃO ESQUERDA, O MEDICO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT DE TERESINA/PI, CONFORME PRONTUÁRIO Nº 416793.

PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

O DELEGADO TOMOU CONHECIMENTO DO FATO



Euripedes Pereira dos Santos
 Comunicante

Escritor

Registrante

Observações:

- Válido como certidão para fins de

1/12/2016 15:27:59





GOVERNO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
3 DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMON
BOLETIM DE Ocorrência N.º 1059 / 2016



CÓDIGO DO REGISTRANTE: 596 DATA DO REGISTRO: 01/12/2016 15:27:52

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ADMINISTRATIVA

DATA DA OCORRÊNCIA: 22/8/2016 05:50:00

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA 10

COMPLEMENTO DO END.:

BAIRRO: PARQUE SÃO FRANCISCO

CIDADE: TIMON

ESTADO: MA

COMUNICANTE

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

EST. CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE TIMON

NASCIDO EM: 18/5/1966

RG/ÓRGÃO -

FILIAÇÃO PAI: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MÃE: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

PROFISSÃO:

ENDEREÇO: DR. JOÃO LULA

BAIRRO: PARQUE PIAUI II

TELEFONE(S):

CEP:

NÚMERO: 2186

CIDADE: TIMON

COMPLEMENT

Estado: MA

SEXO: MASCULINO

NACIONAL:

CPF:

VÍTIMA

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

EST. CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE TIMON

NASCIDO EM: 18/5/1966

RG/ÓRGÃO -

FILIAÇÃO PAI: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MÃE: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

PROFISSÃO:

ENDEREÇO: DR. JOÃO LULA

BAIRRO: PARQUE PIAUI II

TELEFONE(S):

CEP:

NÚMERO: 2186

CIDADE: TIMON

COMPLEMENT

Estado: MA

SEXO: MASCULINO

NACIONAL:

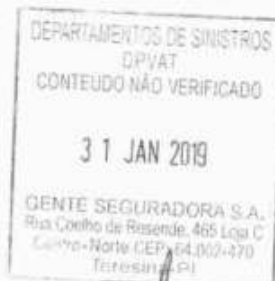
CPF:

RELATO DA OCORRÊNCIA:

VEIO COMUNICAR QUE NO DIA 22/08/2016, TRAFEGAVA NA RUA 10, PARQUE SÃO FRANCISCO TIMON/MA, NA MOTO HONDA/POP 100, ANO 2014/2015, DE COR BRANCA PLACA OXX-0089 TIMON/MA, DOCUMENTO EM NOME DE "ROSIMEIRE DOS SANTOS", QUANDO FOI ABALROADO POR OUTRO MOTOQUEIRO E MOTO NÃO IDENTIFICADO QUE DIANTE DO FATO CAIU SOFRENDO LESÃO EM TODO CORPO, ALEM DE FRATURAS NAS FALANGES PROXIMAIS DO 4º E 5º QUIRODACTILOS DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT DE TERESINA/PI, CONFORME PRONTUARIO Nº 416793.

PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

O DELEGADO TOMOU CONHECIMENTO DO FATO



Euripedes Pereira dos Santos
Comunicante

[Assinatura]
Escrivão(a)

[Assinatura]
Registrante

Observações:

omo certidão para fins de Direito
documento é gratuito.

20/1/2019 11:13:57



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 889.472 e inscrito no CPF/MF sob o nº 372.982.593-34, residente e domiciliado na R. DR. JOÃO LULA, N.º 2186 - PARQUE PIAVI, Cidade Timon, Estado MARANHÃO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

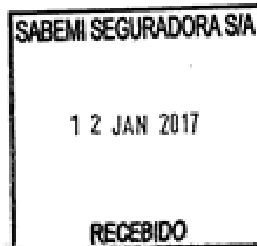
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Eurípedes Pereira dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Timon - MA 05.12.16

Local e data





Secretaria de
Timon

SECRETARIA MUNICIPAL DE

SAÚDE/SUS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA



2

AMBULÂNCIA ACIONADA: 1513-03 em 7/08/16

NOME DO PACIENTE: BRUNO DA SILVA DOS SANTOS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua 10 Engenheiro C. Costa

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 50 anos

SAÍDA DO P.A.: 17:39 CHEGADA AO LOCAL: 05:30

SAÍDA DO LOCAL: 05:58 CHEGADA AO HOSPITAL: 06:29

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO

☐ AGRESSÃO ☐ QUEDA ☐ ENTORPECENTES

☐ URGÊNCIA ADULTA ☐ JÁ REMOVIDO ☐

☐ URGÊNCIA PEDIÁTRICA ☐ FALSO CHAMADO

☐ ENVENENAMENTO ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ CRISE CONVULSIVA ☐ URGÊNCIA CARDÍACA E DIABÉTICA

☐ QUEIMADURAS ☐ URGÊNCIA OBSTETRÍCIA

ATO DECLARATÓRIO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐

RESPONDE A COMANDO ☐

RESPONDE A DOR ☒

SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☒

DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☒

CONFUSA ☐

NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☒

FRACO ☐

AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐

MÍNIMO ☒

MODERADO ☐

INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL FC 18

PULSO 99/72

RESPIRAÇÃO SP2

OBSERVAÇÕES: PC! Vítima de acidente de trânsito
ambulatorialmente. Lesão na C. fratura exposta
na região lateral esquerda, distal.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

☐ ASPIRAÇÃO

☐ OXIGÊNIO

☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR

☒ CURATIVOS

☒ MOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

☐ PRANCHA LONGA

☐ PRANCHA CURTA

☐ KED

☐ COLAR CERVICAL

☐ ASSIST. OBSTETRÍCIA

☐ OUTROS

12 JAN 2017

RECEBIDO

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

☐ MELHORADO

☐ PIORADO

☒ INALTERADO

☐ ÓBITO

☐ ANTES DO SOCORRO

☐ ANTES DO TRANSPORTE

☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: H.U.F.

RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO





SAÚDE/SUS



SAM
19

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Guilherme Pereira dos Santos

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua 17 Edmundo (Horta)

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 50 anos

SAÍDA DO P.A.: 05:39 CHEGADA AO LOCAL: 05:50

SAÍDA DO LOCAL: 05:58 CHEGADA AO HOSPITAL: 06:24.

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO | ☐ CHOQUE ELÉTRICO | ☐ PSIQUIÁTRICO |
| ☐ AGRESSÃO | ☐ QUEDA | ☐ ENTORPECENTE |
| ☐ URGÊNCIA ADULTA | ☐ JÁ REMOVIDO | ☐ _____ |
| ☐ URGÊNCIA PEDIÁTRICA | ☐ FALSO CHAMADO | |
| ☐ ENVENENAMENTO | ☐ TRANSFERÊNCIA | |
| ☐ CRISE CONVULSIVA | ☐ URGÊNCIA CARDÍACA E DIABÉTICA | |
| ☐ QUEIMADURAS | ☐ URGÊNCIA OBSTETRÍCIA | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL: _____ PUPILA: _____

ALERTA ☐

RESPONDE A COMANDO

RESPONDE A DOR ☒

SEM RESPOSTA

PULSO RADIAL:

FORTE ☒

FRACO

AUSENTE

SANGRAMENTO:

AUSENTE

MÍNIMO ☒

MODERADO ☐

INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO f_c

RESPIRAÇÃO 500

OBSERVAÇÕES: Pol. Vítima de acidente de trânsito
ambulatorial, lesões M.E.C. profunda exp.
ferimento lateral cometo, profundo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| ☐ ASPIRAÇÃO | ☐ PRANCHA LONGA | ☐ OUTROS |
| ☐ OXIGÉNIO | ☐ PRANCHA CURTA | |
| ☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR | ☐ KED | |
| ☒ CURATIVOS | ☐ COLAR CERVICAL | |
| ☒ MOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES | ☐ ASSIST. OBSTETRÍCIA | |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☒ INALTERADO
☐ ÓBITO

HOSPITAL DE DESTINO: *H. C. T.*

RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO





Secretaria Municipal Saúde/SUS
Avenida Paulo Ramos, 95- Centro



DECLARAÇÃO

Declaro que, **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS**, documento **RG: 889.472 e CPF: 372.982.593-34**, foi atendido pela Unidade Móvel Suporte Básico do SAMU - 192 de Timon- MA, no dia 22/08/2016 aproximadamente às 05:50, local: Rua 10 com rua 100, próximo a Ceasa. Paciente vítima de acidente de trânsito moto, apresentando lesão MSE com fratura exposta, segue estável consciente orientado. Hospital de Destino: Hospital Urgência Teresina - HUT.

Timon (MA), 24 de Novembro de 2016.


Teresinha do Menino Jesus Leal Nunes
Coord. Geral SAMU Timon-MA
CPF nº 11.708.204.1-10

Teresinha do Menino Jesus Leal Nunes
Coordenador Geral do SAMU



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

COPIA FEITA EM

TERESINA, PI ____/____/____

Imp: 22/08/2016 06:26:07

(User: ANTONIA TAISSA
(Estação: ACC001)**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

Nome:	EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS		Prontuário:	416793
Mãe:	RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS		Pai:	BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS
End. Resid.:	RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento:	18/05/1966	Idade:	50a:3m:4d	Sexo: Masculino Fone: 86-93212-2189
Responsável:	EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS		CNS:	709509619838770
Profissão:	PEDREIRO		Documento:	
G. Instrução:	Fundamental Incompleto		E.Civil:	Casado(a)
End. Local:	-			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	564409	Data:	22/08/2016 06:20:49	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Fratura exposta	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:	ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO E. FRATURA EXPOSTA EM 3 QUIRODACTILO.		Profissional Clas. Risco:
			ANTONIA TAISSA DE CARVALHO COREN 273528 Em: 22/08/2016 06:26:07

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Art + Defenidore + fennel Mao G			
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO Nemesa Martins da Costa Neto Município: 70291 SANTO ANTONIO 31 JAN 2016 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cosimo de Rospide, 400 Loja C Centro, Horta, CEP: 64017-770 TERESINA-PI			
PA	mmHg	Pulso:	Temp.:
Diagnóstico Principal:			CFD:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx MÃO E (Ar/Ob)	
------------------	--

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	HORA:	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		Procedimento CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Jesus Torres de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
(Médico de Trabalho)
Assinatura: [Assinatura] TEOR: 468

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: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02442

CONTA: 000000024317-6

Nr. da Autenticação CAB9A00DE2304FB4

