

Controle de documentos x Audiências x Upload x PJ Consultas processos - Pro x PJ 0814961-39.2019.8.18.0 x Merge PDF files online x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=253896&ca=bb0b2253a9e386c3280dbdf9c8275e1979...

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

PJE ProceComCiv 0814961-39.2019.8.18.0140
ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCI...

10953873 - CONTESTAÇÃO (2735350 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/07/2020 09:32:13

24 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10953867 - CONTESTAÇÃO
 - 10953873 - CONTESTAÇÃO (2735350 CONTESTACAO 01)
 - 10953877 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10953878 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10953880 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10953881 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

09:32

downloadBinario.seam 1 / 9

2735350- CS/ 2020-02584/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

c.pdf documentos.pdf inicial.pdf documentos.pdf inicial.pdf Exibir todos x

PT 09:34 24/07/2020



24/07/2020

Número: **0814961-39.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **25/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS (AUTOR)		TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10953877	24/07/2020 09:32	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

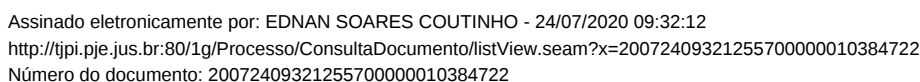
12 JAN 2011
PJ CORRETORA
DE SEGUROS
PRVAT

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

- 1) Paciente em ddh los vaginawstere
- 2) Imbissos e Imbissos colocados
de Anger's
- 3) Juntar lateral, Medial 11m
cada
- 4) Juntar proplaw
- 5) Meduza anatomic e colocados
de expert + Ortestmate com
sflaw x Anger
- 6) Curvawstere

Dr. James M. de L. Jansen
Orthodontic Traumatologie
CRM-Pl: 887
TEOT - 1109

Mod. 76 HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/05/18

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Honorato da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>471539</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Evaldame</u>	CPF Nº:

Dr. Jamerson A. de L. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 3876 / TEST - 11094

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº <u>7 2615</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº <u>7 15</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>04</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>06</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>04</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>02</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>04</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>03</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>06</u>	
GASES	PAC.	<u>15</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>02</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>02</u>		OCORRÊNCIA DE ACIDENTES		<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	02 JAN 2019 Dr. Jamerson A. de L. Junior Ortopedia / Traumatologia CRM-PE: 3876 / TEST - 11094 OPVAT CONFERÊNCIA DE CONTAS			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>05</u>		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Y. Azevedo</u>			
VICRYL		<u>03</u>					
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:32:12

http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072409321255700000010384722

Número do documento: 20072409321255700000010384722

Num. 10953877 - Pág. 2

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18 / 08 / 18

NOME DO PACIENTE:	petrus Honorato de <i>Petrucci</i>	PRONTUÁRIO Nº:	471539
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Roxani	Nº DA SALA:	07
CIRURGIÃO:	Chapz	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Durval 1.ª. F. Nunes Teol. ORTOP. 1.ª. 3636	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Ortop. 1.ª. 3636	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Leandra	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-	-	LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	-
AGULHA 30X8	UNID.	01	-	LUVA Nº 7.5	PAR	01	-
AGULHA 40X12	UNID.	01	-	LUVA Nº 8.0	PAR	01	-
AGULHA RAQUE	UNID.	01	-	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	-
ALCOOL 70%	ML	900	-	PVPI DE GERMANTE	ML	900	-
ALGODÃO	BOLA	-	-	PVPI TÓPICO	ML	900	-
ÁGUA OXIGENADA	ML	-	-	PVPI TINTURA	ML	-	-
COMPRESSA	PAC.	02	-	SERINGA 20CC	UNID.	-	-
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-	-	SERINGA 10CC	UNID.	01	-
ESPARADRAPO	CM	60	-	SERINGA 5CC	UNID.	-	-
ESCALPE Nº	UNID.	-	-	SERINGA 3CC	UNID.	-	-
FORMOL	ML	-	-	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	-
GASES	PAC.	07	-	SONDA URETRAL	UNID.	-	-
JELCO Nº	UNID.	-	-	etodo do 07 m d			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				uma 6.5: 01			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Atadua de			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Ureter 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

CORRETORA DE SEGUROS

02 JAN 2019

DPVAT

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:32:12

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072409321255700000010384722

Número do documento: 20072409321255700000010384722



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente ANTONIO HENRIQUE M. SOARES

Diagnóstico pré-operatório Quadril - TUBACULUS TUBA

Operação - Tipo Quadril - TUBACULUS

Cirurgião Dr. COUTINHO

1º Assistente Dr. Carlos Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-P: 1995 C.F. 3636

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Quadril - TUBACULUS TUBA
TRANSILUMINADO JOELHO

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

NO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Quadril - TUBACULUS TUBA
+ Artroscopia
Quadril - TUBACULUS
TRANSILUMINADO JOELHO
COMPLETO

Dr. Carlos Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-P: 1995 C.F. 3636

[Assinatura]

Mod. 75 HUT





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Antonio Honorato de silva Sala: 06 Alergia: N Data: 16-06-18
Procedimento: colocação FE Cirurgião: Dr. Blago Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Fentanyl</u>		<u>50</u>											
2 <u>midazol</u>		<u>2</u>											
3 <u>lorazepam</u>			<u>2</u>										
4 <u>Decadron</u>			<u>10</u>										
5 <u>ondansetron</u>			<u>04</u>										
6 <u>Dipirona</u>			<u>02</u>										
7													
8													
9													
10													
11													
Oxigênio		<u>02</u>	<u>02</u>	<u>02</u>									
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular
☒ Periférico Perio Perio
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea
☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:
☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:
☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: Supino

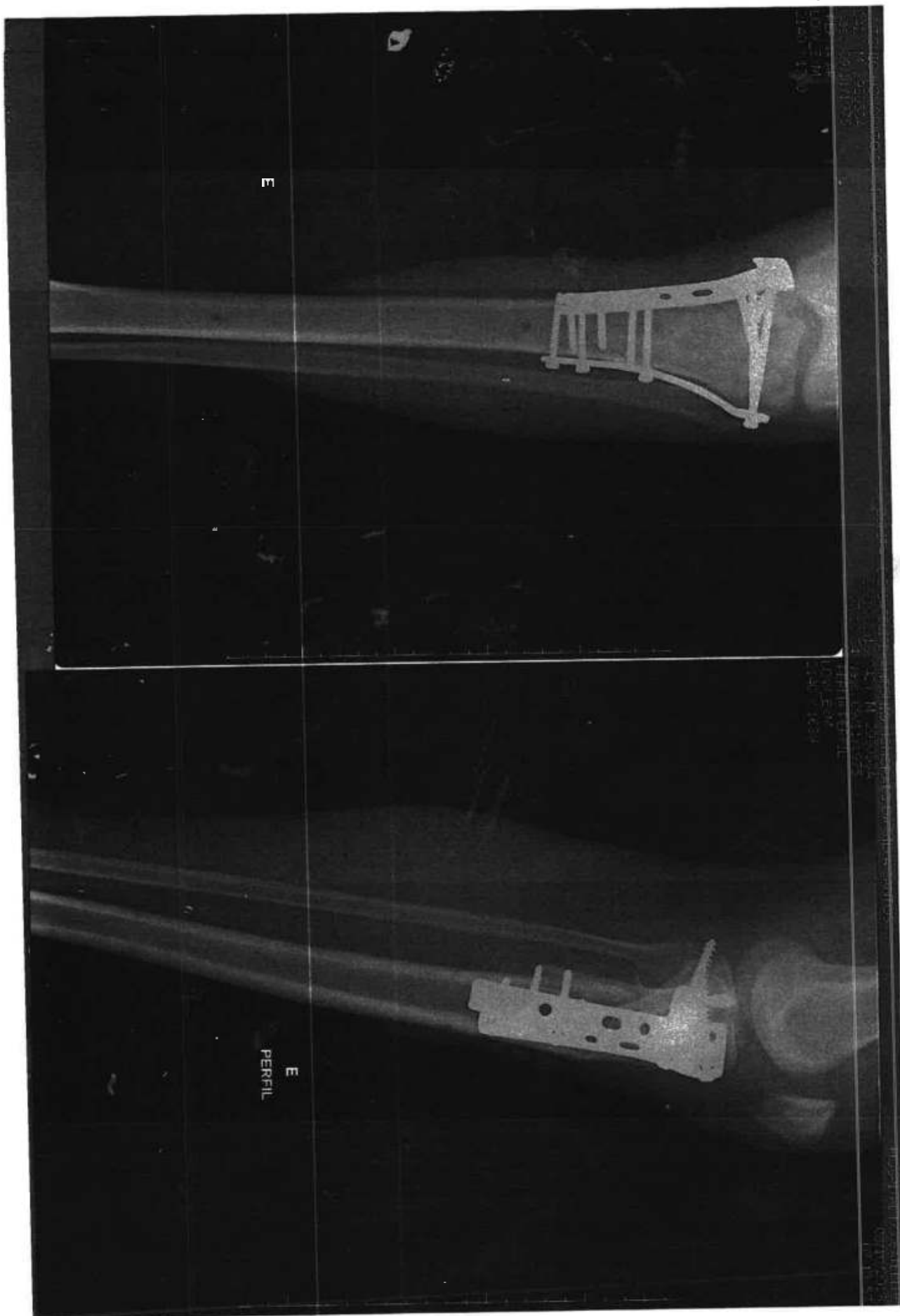
SPO2 (%)	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso	<u>142</u>		
Aces. Venoso	<u>50</u>		
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia:

Monitorização + Revisão de Venoclise + Raqui-anestesia asseptica S/Exercito
Punção SBA, unica el Quimcke 276. Retorno de liquido claro. Feito
upilbaine 12,5 + Napina 0,5

Palpacio 4/45
Daniela Lopes
Anestesiologista
CRM 5374







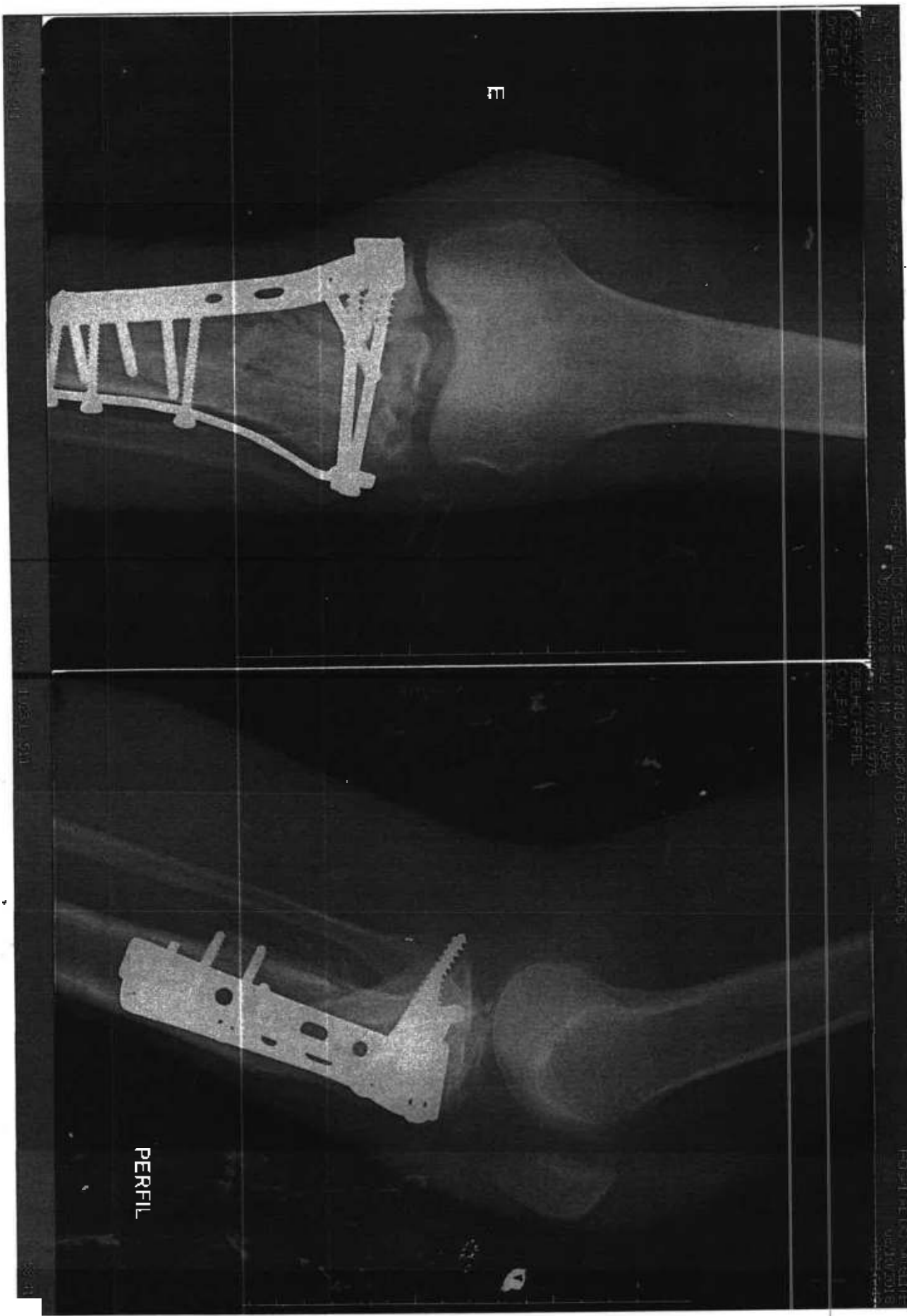
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Nome: <u>Antonio Renato de Silve</u>		Prontuário: _____	
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.		Data: <u>16/08/16</u>	
Idade: <u>42</u>		Peso: <u>70</u>	
Altura: _____		Aplo? ☐ Sim ☐ Não	
Procedimento(s) proposto(s): <u>Colocação FG - MJE</u>			
ANAMNESE			
1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim	☒ Não	
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim	☒ Não	
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim	☒ Não	
4 - Convulsão	☐ Sim	☒ Não	
5 - Passado anestésico cirúrgico	☒ Sim	☒ Não	<u>Fratura Hombro Superior - 9/15</u>
6 - Transfusão sanguínea	☐ Sim	☒ Não	
7 - Uso de medicação	☐ Sim	☒ Não	
8 - Alergia	☐ Sim	☒ Não	
9 - História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim	☒ Não	
<u>Paciente vítima de acidente de moto, Indicado cirúrgico de urgência p/ colocação de Fixador Externo</u>			
EXAME FÍSICO			
PA: <u>130/80</u>	Pulso: <u>70</u> ☐ arritmico	Mallampati: <u>(1)</u> (2) (3) (4)	
1. Respiratório	☒ Normal ☐ Alterado: _____		
2. Cardiovascular	☒ Normal ☐ Alterado: _____		
3. Neurológico	☒ Normal ☐ Alterado: _____		
4. Abdome	☒ Normal ☐ Alterado: _____		
5. Vias aéreas	☒ Possível VAD		
6. Extremidades	☐ Normal ☒ Alterado: <u>Fratura MJE</u>		
EXAMES COMPLEMENTARES			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia		
ECG		RX Tórax	
ECO			
<u>Paciente assintomático; Cirurgia de urgência - não necessitar exames</u>			
ASA: <u>1</u>	Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ Outro: <u>Raqui-anestesia + Sedação</u>		
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista: <u>Daniela Lopes</u>		CRM: _____	

Daniela Lopes
Anestesiologista
CREMEB 1774

MOD-122





C.O.B

CLINICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clinica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Fones. (86) 3214-1600 / 3214-1314 - CEP 64.009-330 - Teresina-Pau
E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 17/08/2018
BO=100203.003716/2018-64

HD FRATURA DE PLANALTO TIBIAL E

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA DO
PLANALTO TIBIAL E

EF DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO E
F DE 70 GRAUS

RX JOELHO E = CONTROLE DE FRAT DE PLANALTO
TIBIAL E COM SINTESE

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM JOELHO E



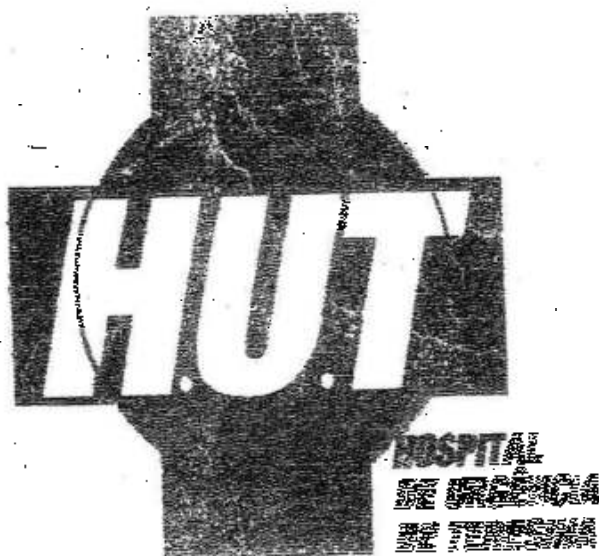
Teresina 27 de Fevereiro de 2019

Dr. Edmar S. L. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PJ/2313 / CRM-M: 323

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PJ



98/08/18 Alta



NOME DO PACIENTE: Antonio Honorato da Silva Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 471539

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 NOV 2018

DPVAT

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Jlio Tito 1520 Redenção - Fone: 36 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNEJ: 05.522.917/0022-02

Emp: 17/08/2018 19:20:40

Usuário: YNLIBI

(Entidade: SBCEFCUCL)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS		Prontuário: 471539	
Mãe: RAIMONDA DA SILVA SANTOS	Pai: RAIMUNDO NORATO DE E SANTOS		
End.Resid.: RUA ETILPINAS, 4741 - SAO JOAQUIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 09/11/1975	Idade: 42a9m4d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99431-4173
Responsável: ALESSANDRA	CNS: 709003847950612		
Profissão: MOTOCICLISTA	CPF: - - - - - RG: 2055256 - SSP PI		
E. Instrução: Não Informado	E. Civil: Solteiro(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 679842	Data: 17/08/2018 19:18:12	Condução: AMBULANCIA DO SEMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S N R
Acid.Trab.: Sim	Trajetos: Sim	Típico: Não
CID Secundário: 7299		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclistas - há cerca de 1,5h. Refere uma lesão capite, nítida, com contusão de pele calcólica, perda de consciência, vômitos epistaxe e otorragia. Afecção intensa em joelho E

① VA pinos, com espinha e prancha rígida ② MV+1, sem RA, SatO₂ = 98% ③ RR27, BMF SS; abdome insente; reflexos intestinais ④ ECO = 15; pupilas isocóricas e fotovagantes ⑤ sem focos demenciogicos visíveis

PA: - X - mmHg	Pulso: -	FC: - bpm	Temp.: 22 NOV 2018
------------------------------	-----------------	------------------	---------------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) Solicita RX de crânio e joelho E e punção ORTO
- 2) Solicita RX de tórax e pelve
- 3) Colar cervical retirado

RAIO-X

DATA: **17/08/2018**

Técnico: **[Assinatura]**

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
ALTA:	☐ Inalterado	☐ Por Evolução	DATA SAÍDA: - / - / -
	☐ A Pedido		HORA: - : -
ÓBITO:	☐ Até 24 Hs	☐ Família	☐ Internação na Unidade
	☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	Proced. Solicitado: 04080 50551
ÓBITO:	☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol.	CID Compatível: 881
			CID Compatível: -

Assinatura Paciente ou Responsável:

Carimbo Assinatura - Profissional - BE



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Olegário Tito 1325 Redenção - Fone: 36 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 17/08/2018 19:20:40
(YULE)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS		Prontuário: 471539
Mãe: RAIMUNDA DA SILVA SANTOS		Pai: RAIMUNDO MONACO DE S SANTOS
End. Resid.: RUA FILIPINAS, 4741 - SÃO JOAQUIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 09/11/1975	Idade: 42a9m8d	Sexo: Masculino Fone: 86-99491-4475
Responsável: ALESSANDRA		CNS: 705003047950612
Profissão: MOTOTAXISTA		Documento: CPF: - - -
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 679842	Data: 17/08/2018 19:18:12	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S O S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 17/08/18	ESPECIALISTA: Onogeni
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Acidente motociclístico - Trauma no dorso (C) na coluna do paciente Tiburi (C) no Hospital / Clinica	
Assinatura Solicitante: Eduardo Regis de A. Bona Miranda Especialista em Traumatologia Rég. PI: 4808 REG: 12413	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



Crucian externa

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF ou APT.	LEITO
Adriano Honorato de Lima Gomes					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
Forma de Prescrição Médica (E) DATA: 15/08/18 HORA: 14h PRESCRIÇÃO MÉDICA: Edilson Nogueira Nutricionista CRN: 3110 1 - Dieta Geral 2 - 5% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 512mg + ADEV 8/12h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 8/12h 5 - Panitidina 50mg + ADEV 8/12h 6 - Plasil 91 amp + SSVN 7 - CCGG + SSVN	ALERGIAS Nega HORÁRIO 08h 18h 22h 23h	MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE 080 OBSERVAÇÕES 2508 Admitido no posto de atendimento da sala de cateterismo. Exame de rotina físico, seu exame de Q2. * Nega alergias. Nega uso de medicação.			

MÉDICO/CRM:

20:00





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Antonio Raimundo da Silva Santos

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

Dr. Jansen P. de L. Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PT: 3879

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Jane Soares Lima Pinheiro Coutinho
Enfermeira
CCHE - L. P. de L. Júnior
CCHE - L. P. de L. Júnior

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ddh, lesões vasculares
- 2) Hemorragias, lesões vasculares
- 3) Lesões vasculares, lesões vasculares
- 4) Lesões vasculares, lesões vasculares
- 5) Lesões vasculares, lesões vasculares
- 6) Lesões vasculares, lesões vasculares
- 7) Lesões vasculares, lesões vasculares
- 8) Lesões vasculares, lesões vasculares
- 9) Lesões vasculares, lesões vasculares
- 10) Lesões vasculares, lesões vasculares

Dr. Jansen P. de L. Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PT: 3879

Mod. 76 HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

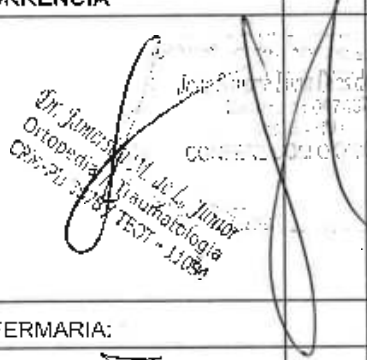
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27.10.2018

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Honorato da Silva Sales</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>471539</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Evaldamee</u>	CPF Nº:

Dr. Jaimerson M. de L. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-P: 3887 / TEST - 11094

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº <u>7 e 610</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº <u>7, 5</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>04</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>06</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>04</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>02</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>04</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>03</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>06</u>	
GASES	PAC.	<u>15</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>02</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>02</u>		<u>Chepam</u>		<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				 Dr. Jaimerson M. de L. Junior Ortopedia / Traumatologia CRM-P: 3887 / TEST - 11094			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>05</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		<u>03</u>		CIRCULANTE: <u>T. Azevedo</u>			
PROLENE							

MCD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:32:12

http://tjpi.pje.jus.br:8016/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072409321255700000010384722

Número do documento: 20072409321255700000010384722

Num. 10953877 - Pág. 15

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18 / 08 / 19

NOME DO PACIENTE:	Antonio Honorato de PRONTUÁRIO Nº: 471539	
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Roxani	Nº DA SALA: 07
CIRURGIÃO:	Chapz	CPF Nº:
AUXILIAR:	Durval L. Torres Junior ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 3636	CPF Nº:
ANESTESIA:	Chapz	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	Leandra	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	—	—	LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	—
AGULHA 30X8	UNID.	01	—	LUVA Nº 7.5	PAR	01	—
AGULHA 40X12	UNID.	01	—	LUVA Nº 8.0	PAR	01	—
AGULHA RAQUE	UNID.	01	—	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	—
ALCOOL 70%	ML	900	—	PVPI DE GERMANTE	ML	900	—
ALGODÃO	BOLA	—	—	PVPI TÓPICO	ML	900	—
ÁGUA OXIGENADA	ML	—	—	PVPI TINTURA	ML	—	—
COMPRESSA	PAC.	02	—	SERINGA 20CC	UNID.	—	—
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—	—	SERINGA 10CC	UNID.	01	—
ESPARADRAPO	CM	60	—	SERINGA 5CC	UNID.	—	—
ESCALPE Nº	UNID.	—	—	SERINGA 3CC	UNID.	—	—
FORMOL	ML	—	—	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	—
GASES	PAC.	01	—	SONDA URETRAL	UNID.	—	—
JELCO Nº	UNID.	—	—	etudo do 01 m d	—	—	—
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				uma 6.5: 01			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Pradua de			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Ureter: 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENF				CIRCULANTE:			

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:32:12

<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072409321255700000010384722>

Número do documento: 20072409321255700000010384722

Num. 10953877 - Pág. 16



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Nome: <u>Antônio Renato de Silva</u>		Prontuário:	Data: <u>16/08/16</u>
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Idade: <u>42</u>	Peso: <u>79</u>	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>Colocação FG - HFE</u>			Apto? ☐ Sim ☐ Não
ANAMNESE			
1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim	☒ Não	
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim	☒ Não	
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim	☒ Não	
4 - Convulsão	☐ Sim	☒ Não	
5 - Passado anestésico cirúrgico	☒ Sim	☒ Não	<u>Fratura Membro Superior - 9.5.14</u>
6 - Transfusão sanguínea	☐ Sim	☒ Não	
7 - Uso de medicação	☐ Sim	☒ Não	
8 - Alergia	☐ Sim	☒ Não	
9 - História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim	☒ Não	
<u>Paciente vítima de acidente de moto, indicado cirurgicamente de urgência p/ cda</u> <u>caída de fixador externo</u>			
EXAME FÍSICO			
PA: <u>130/80</u>	Pulso: <u>70</u> ☐ arritmico	Mallampati: <u>(1)</u> (2) (3) (4)	
1. Respiratório	☒ Normal	☐ Alterado:	
2. Cardiovascular	☒ Normal	☐ Alterado:	
3. Neurológico	☒ Normal	☐ Alterado:	
4. Abdome	☒ Normal	☐ Alterado:	
5. Vias aéreas	☒ Possível VAD		
6. Extremidades	☐ Normal	☒ Alterado: <u>fratura HFE</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax	
ECG:			
ECO:			
<u>Paciente assintomático, cirurgia de urgência - não necessita exames</u>			
ASA: <u>1</u>	Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ Outro: <u>Raqui-anestesia + Sedação</u>		
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista: <u>Daniela Lopes</u>			
CRM:			

Daniela Lopes
Anestesiologista
CREMEP 27.174

MOD-122





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente ANDRÉ HENRIQUE M. SOUZA

Diagnóstico pré-operatório FRATURA TIBIAL

Operação - Tipo FRATURA ESTABILIZAÇÃO

Cirurgião DR. COUTINHO

1º Assistente DR. DURNAL TERCIO NUNES LEAL
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PJ 1995 CRM-MA 3636

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

FRATURA ESTABILIZADA COM
PLACA E PARAFUSOS NO

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

NÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

FRATURA DE ANTERIORES TIBIA
E ANTERIORES DE TELA CONTO
UNION FRATURA ESTABILIZADA
COM PLACA E PARAFUSOS NO
COMTE

DURNAL TERCIO NUNES LEAL
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PJ 1995 CRM-MA 3636



Nome: Antonio Renato de silve		Sala: 08	Aerção: 12	Data: 16-08-13
Procedimento: Colocação FE	Cirurgião: Dr. Blagos	Observações:		

Agentes		Unid.	15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	45
1	Fentanyl		50														
2	Midecal		2														
3	Lofezoline			2													
4	Decadron			10													
5	Ondansetron			04													
6	Dipirone			02													
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
Oxigênio			02	02	02												
AR/N2O																	
Volatil		%															
Acesso Vascular																	
☒ Periférico <u>Braço Direito</u>																	
Cat. Venoso nº __ G																	
☐ Dificuldade aces. venoso																	
Gastos __ cateteres																	
☐ Central _____																	
Via Aérea																	
☒ Cateter nasal																	
☐ IOT nº _____																	
☐ LMA nº _____																	
Monitorização:																	
☒ Cardioscopia																	
☒ PANI																	
☒ Oxímetro de pulso																	
☐ ETCO2																	
☐ Outros _____																	
Anestesia:																	
☐ Geral Venosa																	
☐ Geral Balanceada																	
☒ Raqui-anestesia																	
☐ Peridural																	
☐ Bloqueio Periférico																	
☐ Outros _____																	
Decúbito: <u>Sobre o lado B</u>																	
SPO2 (%) <u>100 100 100</u>																	
ETCO2 (mmHg)																	
Aces. Venoso <u>15ml</u>																	
Aces. Venoso <u>5ml</u>																	
Diurese																	
Perdas Sanguíneas																	

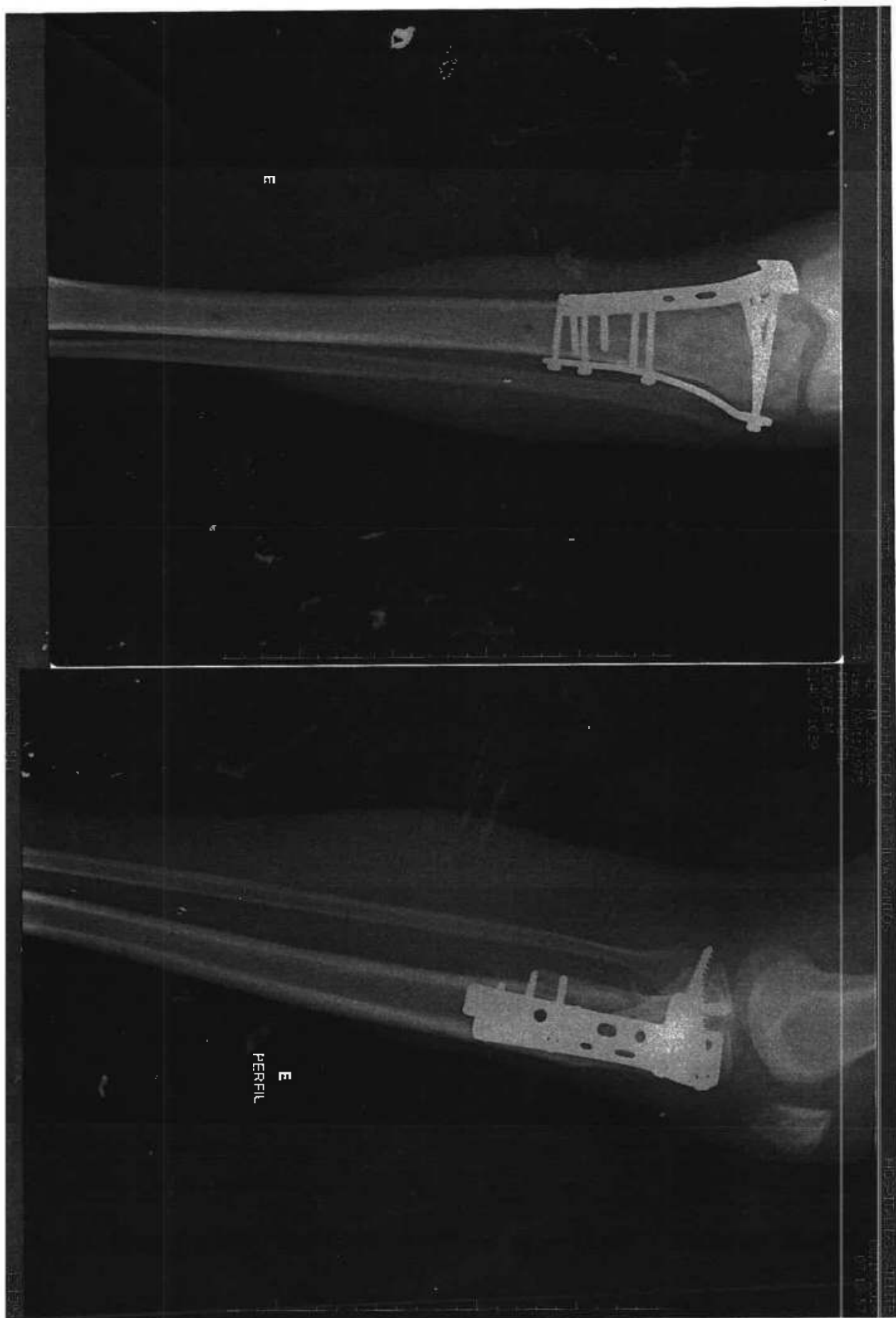
Descrição da Anestesia:

1) Monitorizaco + Reviso de Venoclise + Raquionestria aseptica. S/Gresol +
Punco SBA, unica el. Unimo 27G. Retorno de liquido claro. Feito
Zupibacaine Pasade 12,5 + Napirina os

Page no. 44/45

Daniela Lopes
Anestesiologista
CRM 4144







Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° de chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código BGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indicador de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 Dor 8 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		24 Sinais Vitais Pulso 137 Resp. 18 PA 137/70 TAX 98% SatO2 98%
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino HVT 33 Condições de entrada 3 34 Óbito 2				
Hospital de Destino	35 Observações Interdisciplinares				
	36 Observações Interdisciplinares 37 Observações Interdisciplinares				
Observações Interdisciplinares	38 Observações Interdisciplinares				
	39 Observações Interdisciplinares				

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:32:12

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.157.474/000106 - IE 185923574
Av. Odilon Araújo, 1095, Pícaro CEP 64017-260, Teresina - PI
Telefone: 0800 323 2000 ou 115 / (06) 98124-3199

TC 1.27 12181179-5 153186247
28101026180828 MES/ANO 10/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR RAIMUNDA DA SILVA SANTOS
PROPRIETÁRIO: ANTONIA CLEUDINAR SILVA SANTOS
RUA FILIPINAS, 4741-SÃO JOAQUIM-TERESINA-PI-cep: 64008340

SOCIALIZAÇÃO
017-00065-002785 GRUPO 017 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A14N298340

HISTÓRICO DE CONSUMO	DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS AN	VALOR
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	INTENSIDADE	
09/2018	Lido	09		
08/2018	Intenso	15		
07/2018	Lido	14		
06/2018	Lido	14		
05/2018	Lido	14		
04/2018	Lido	14		

ANTERIOR 24/09/2018 375
ATUAL 26/10/2018 384
CONSUMO MÊS AN 10
VALOR 26,51
PIS/PASEP 27,47% 654- 0,40
COTRIS 27,47% 654- 2,00

TABUA DE TABUAS	DISCRICÃO DOS SERVIÇOS DA BOUTA
RESIDENCIAL VALOR DE CONSUMO (M3) (R\$) 0 10 2,6510 06 10 20 4,3480 06 20 50 9,9955 06	VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51 > Residencial-Normal Juros por atraso 10,00 Multa por atraso 08/2018 26,51 08/2018 0,40 08/2018 0,50

NÃO RESIDENCIAL
VALOR DE CONSUMO (M3) (R\$)
0 10 2,6510 06
10 20 4,3480 06
20 50 9,9955 06

07/11/2018 TOTAL A PAGAR 27,47

DEBITOS/ANOMALIAS

NOTIFICAÇÃO
NOSSEOS ARQUIVOS ACUSAMOS 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento das faturas ocasionará a suspensão dos serviços.
conforme Lei Federal nº 11.452/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.907/95, Art. 6º, §9º, inciso II

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 20 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM INCONFORMIDADE	ANÁLISE MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3,120	3,114	0	1,37	0,20-5,00 mg/L
ODOR APARENTE	3,072	3,032	40	5,94	Inferior a 15 U
PH	3,096	3,039	57	6,87	6,00-9,50
TURBIDIDADE	3,122	3,096	26	1,04	Inferior a 5,00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 NOV 2018

DPVAT





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

554 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003716/2018-64

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 23/10/2018 - 12:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARANHÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

17/08/2018 - 18:00

Bairro

MATINHA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2055256SSPPI

Mãe: RAIMUNDA D SILVA SANTOS

Endereço: RUA FILIPINAS, Nº 4741

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 85-9439-2261

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VITIMA, RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA, BROS ESD, COR PRETA, PLACA OEE-2113. ANO 2012/2012, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II MOTO, NÃO IDENTIFICADA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL, COLIDIU NO VEÍCULO-I, QUE MOTIVOU O ACIDENTE. O NOTICIANTE/VITIMA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº47153B. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	890039933.00	Antonio Honorato da Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Antonio Honorato da Silva Santos	890039933.00	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recadorado	Rua - Filipinos	4941
Bairro:	Cidade:	Estado:
São Joazeiro	Teresopolis	RJ
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	2408340	88-91953-9580

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3009 **CONTA:** 686165

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: _____ 22/11/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SIU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

/001/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	890039933.00	Antonio Honorato da Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Antonio Honorato da Silva Santos	890039933.00	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recadorista	Rua - Filipinos	4941
Bairro:	Cidade:	Estado:
São Joazeiro	Teresina	PI
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	64008340	88-91953-9580

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3009 **CONTA:** 68616 5

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Teresina - 22/11/18

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SIU RÔBÔ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

/001/2018

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180548892**
ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: **17/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180548892**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01017/01018 - carta_09 - INVALIDEZ

00050509



Carta nº 14051704



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180548892**
ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: **17/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180548892**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01057/01058 - carta_09 - INVALIDEZ

00040529



Carta nº 13783724



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180548892**

Vítima: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: **17/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180548892**.

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.

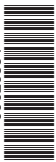
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13622758

Pag. 01187/01188 - carta_01 - INVALIDEZ

00020594



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: 30/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000068616-5

Nr. da Autenticação B779FC1C603C22AD



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422147/18

Vítima: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

CPF: 890.039.933-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS : 890.039.933-00

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: 22/11/2018
Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS
CPF: 890.039.933-00

ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548892 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO HONORATO DA SILVA **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR / REDUÇÃO, COLOCAÇÃO DE ENXERTO E OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



REANÁLISE

SINISTRO 3180548892 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ: 89003993300

Venho muito respeitosamente solicitar da seguradora líder dos consórcios DPVAT, uma reanálise documental do meu processo do sinistro a cima mencionado, tendo em vista que fui vitima de acidente de transito e sofri grave lesão a qual esta devidamente qualificada de acordo com laudo que estou enviado a esta seguradora, e não concordo com valor recebido 1.687,50 sem se quer direito a uma pericia medica a onde minha gravidade vem atrapalhando minhas atividades diárias. Coloco-me desde já a disposição da seguradora para realizar uma reanálise para que seja devidamente avaliado e que venha ser indenizado de acordo com a tabela estabelecida pela lei do seguro DPVAT. Responsabilizo-me pelas declarações acima prestadas sob penas do art. 299 do código penal brasileiro e desde já agradeço

Cordialmente,

18, 12, 18



Antonio Honorato da Silva Santos





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Antonio Honorato da Silva Santos
DATA DO ACIDENTE 19.08.18 CPF DA VITIMA 89003943340
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VITIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua - Filadelfia BAIRRO São Joangim
Nº 4744 COMPLEMENTO condo UF PI CEP 64088830
CIDADE Teresina TELEFONE 86 99953-958
E-MAIL

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

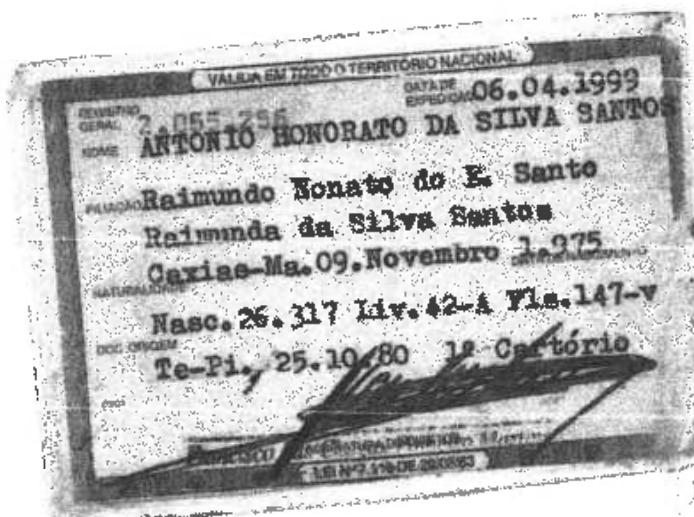
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22.11.18
IDENTIDADE Z. 055.258
ASSINATURA Antonio Honorato da Silva DPVAT

RESPONSABILIDADE DO REPRESENTANTE NA SEGURADORA

DATA 22 NOV 2018
NOME Antonio Honorato da Silva DPVAT
ASSINATURA Antonio Honorato da Silva DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 NOV 2018

DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170233421 Nº 013226867481
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD: RENAVAM 482745487 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

CPF / CNPJ 89003993300 PLACA OEE-2113

PLACA ANT / UF CHASSI
9C2KD0540CR562985

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEVUNA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 002P/149CC CATEGORIA PARTIC CCR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
A/FID ADMINISTRADORA DE CONS N

TERESINA DATA 4/6/2018

ARAO MARTINS DO REGO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013226867481 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 4/6/2018
VIA 1 CDD: RENAVAM 482745487 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

CPF / CNPJ 89003993300 PLACA OEE-2113

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 002P/149CC CATEGORIA PARTIC CCR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
A/FID ADMINISTRADORA DE CONS N

TERESINA DATA 4/6/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.898/0001-01

PJ CORRETORES
DE SEGUROS

22 NOV 2018

DPVAT

