



Número: **0832724-53.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LAECIO SOUSA DA SILVA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
7137539	12/11/2019 00:01	Proc. Laecio sousa	Documentos

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: _____
Nacionalidade _____ Natural _____
Estado Civil _____ RG n.º _____
Profissão _____ CPF n.º _____
Endereço _____
Bairro _____ CEP _____
Município _____

OUTORGADO: **GUSTAVO HENRIQUE MACÊDO DE SALES**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PI sob o n.º 6919, Rua Acésio do Rêgo Monteiro N° 1799, Ininga, Teresina- Piauí.

PODERES: Através do presente instrumento particular de mandato, outorgo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

_____/PI, ____ de _____ de 20__.

Laécio Sousa da Silva

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Lider dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306466/19

Vítima: LAECIO SOUSA DA SILVA

CPF: 042.056.113-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: LAECIO SOUSA DA SILVA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

LAECIO SOUSA DA SILVA : 042.056.113-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

*pagamento em
4 dias*

1.687,50

18/09/19

Wesley

9440-6533

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: 04/09/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa





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

164 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003366/2019-17

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 03/09/2019 - 08:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

EM FRENTE À QD-F, CS-28, Nº:

Complemento

CONJ. TENHO FÉ

Data/Hora

04/05/2019 - 13:00

Bairro

ESPLANADA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LAECIO SOUSA DA SILVA

RG: 8010883 PI

Mãe: MARIA CREUZA PEREIRA DE SOUSA

Endereço: QD-F, CS-28, Nº

Complemento: CONJ. TENHO FÉ

Bairro: ESPLANADA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/CG 160 TITAN EX, PLACA PIT-3871-PI, COR PRETA, RENAVAM 1108675317, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA A UPA DO PROMOTOR. (PRONT. 36580). DEPOIS DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 108351). TESTEMUNHA: FRANCISCA DAS CHAGAS FERREIRA, QD-B, CS-02, RESID. TENHO FÉ. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL

LAECIO SOUSA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Reiko Leal Parafina
Delegada Geral de Polícia Civil
Mat. 125.731-7



**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153

TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

06 08 2019

Imp: 04/05/2019 14:13:49

(User: DR. RENATO)

(Estação: CONSULTORIO3)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: LAECIO SOUSA DA SILVA		Prontuário: 36580
Mãe: MARIA CREUSA PEREIRA DA SILVA		Pai: RAFAEL BARBOSA DA SILVA
End.Resid.: Q I C 28 B - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 08/09/1987	Idade: 31a7m26d	Sexo: Masculino Fone: 95-72538-9
Responsável: O MESMO		CNS: 898003422431707
Profissão: MECANICO		Documento: Reg.Nasc:
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 412626	Entrada: 04/05/2019 13:54:59	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA MESMO NÍVEL			
Condução: NÃO INFORMADO			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV: (Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO, APRESENTANDO DEFORMIDADE E EDEMA EM TOPOGRAFIA ACROMIO-CLAVICULAR.			
Diagnóstico Inicial: ?		CID:	
Exames Complementares: <i>Periox</i>			
Prescrição Médica: VOLTAREN 1AMP IM DEXAMETASONA 1AMP IM			
Motivo da Alta/Encerramento: Encaminhado para Exames DATA: / / HORA: : : <i>14:18</i>			



Assinatura Paciente ou Responsável

RENATO REGES CARVALHO
CRM 4511 Em: 04/05/2019 14:13:49

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o Sr. **LAECIO SOUSA DA SILVA** CPF: **042.056.113-74** deu entrada para ser atendido nesta unidade de Pronto Atendimento em 04/05/2019 às 14h13min para tratamento de saúde sendo vítima de acidente de trânsito em motocicleta.

Teresina, 06 de agosto de 2019

Jaqueline de Paula Coutinho Nobrega
Diretora Administrativa
Mat. 87556 - CPF/300.100.148-88
Unidade de Pronto Atendimento Promora



Hospital Geral do Promorar e Maternidade Dr. Olavo
Mendes de Carvalho.
Avenida Ulisses Guimarães, S/N. Teresina-PI.
CEP 64027330.
CNPJ: 17.577.20009-94



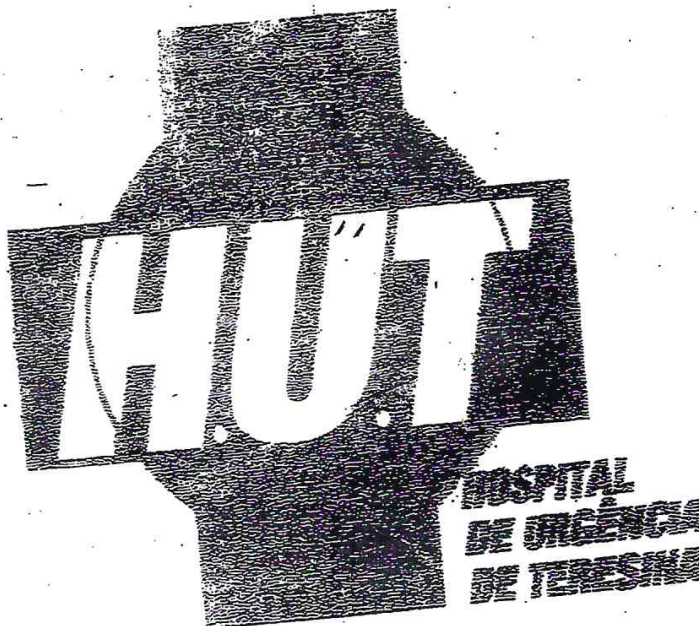
86 3220-3536



fht.hospprom@teresina.pi.gov.br



Alta



NOME DO PACIENTE: Wacício Sousa da Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 108351



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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 04/05/2019 16:06:24

(User: MARCOS VITOR)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LAECIO SOUSA DA SILVA		Prontuário: 108351
Mãe: MARIA CREUZA PEREIRA DE SOUSA		Pai: RAFAEL BARBOSA DA SILVA
End.Resid.: QD-G CASA 17 RESID. ESPLANADA - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 08/09/1987	Idade: 31a7m26d	Sexo: Masculino Fone: 86- 8829-4240
Responsável: FRANCISCA		CNS:
Profissão:		Documento: RG: 0323331720067 - SSP-MA
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720077	Entrada: 04/05/2019 15:34:04	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: pac com trauma contuso em ombro D evoluindo com fratura e luxação de clavícula D sat 99 q:15		HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 04/05/2019 15:41:12

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
Paciente refere acidente com trauma de ombro D com dor e limitação funcional e dor e edema de antebraço E



Diagnóstico Inicial:
?

Exames Complementares:
(1209159) - OMBRO DIREITO - Luxação acromioclavicular grau V
(1209160) - ANTEBRACO ESQUERDO

Prescrição Médica:
Intensificação para Tratamento Analgésico

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Marcos Vitor P de Carvalho Filho
Traumatologista OrtopédicoMARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
CRM PI 4792 Em: 04/05/2019 16:06:23



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 608761907	Nº REGULAÇÃO: 72290	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	NASCIMENTO: 08/09/1987	
PACIENTE: LAECIO SOUSA DA SILVA		

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO REALIZADO RX QUE EVIDENCIOU FRATURA E LUXAÇÃO CLAVÍCULA DIREITA. SOLICITO AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

RX

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA CLAVÍCULA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg)

FREQ. CARDÍACA: 79bpm

SATURAÇÃO: 98%

FREQ. RESPIRATÓRIA: 18rpm

GLICEMIA: 89mg/dL

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 04/05/2019 14:51:47

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2018

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Assinado eletronicamente por: GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES - 11/11/2019 23:58:47
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111123584728700000006821584
Número do documento: 19111123584728700000006821584



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

202275

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	238372

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LAECIO SOUSA DA SILVA	6 - Prontuário: 108351	
7-CNS:	RG: 0323331720067 -	
8-Nascimento: 08/09/1987	9-Sexo: Masculino	12-Fone: 86- 8829-4240
11-Mãe: MARIA CREUZA PEREIRA DE SOUSA	14-Cor: Sem Informação	
13-Resp: FRANCISCA		
15-Ender: QD-G CASA 17 RESID. ESPLANADA - ANGELIM - CEP: 64000-010	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI
16-Munic: TERESINA	19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
trauma de ombro D com luxação acromioclavicular

21 - Condições que justificam a internação:
necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
exame clínico e radiológico

23-Diagnóstico Inicial:
Luxação da articulação acromioclavicular

24-CID Prin: **S431** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
0408010185 02 01 CPF 887.204.893-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:
MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO

34-Data Solicitação:
04/05/2019

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 4792 TQOT 12501

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (MARCOS VITOR)
Consulta Local: 720077
Consulta SUS:
Impressão: 04/05/2019 16:26:20



DATA 06/05/19

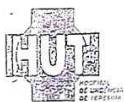
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Larcio Sousa da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>10835</u>
DIAGNÓSTICO: <u>AC 0 di.</u>	CIRURGIA: <u>Ret - de. LAC</u>
ANESTESIA: <u>Geral</u>	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Flavio</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Estudante</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Hugo</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Jackzoney</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	1		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	2		LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	2	
AGULHA 40X12	UNID.	2		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	8	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>50</u>		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	<u>4</u>		SERINGA 20CC	UNID.	2	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	1	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	1	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	3	
GASES	PAC.	<u>4</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>Ciepon</u> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 04 AGO 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.	-						
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	-						
CAT. GUT. CROMADO C/AG.	-						
CAT. GUT. CROMADO S/AG.	-						
ALCOFIL	-						
MONONYLON N°							
FITA UMBILICAL	-			ENFERMARIA:			
VICRYL N°				CIRCULANTE: <u>Katia</u>			
PROLENE	-						





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Lacício Sousa da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>LAC de dir.</i>		
Operação - Tipo <i>Ext. cir. LAC</i>		
Cirurgião <i>Dr. Flavio</i>	1ª Assistente	
2ª Assistente	3ª Assistente	
Instrumentador(a) <i>Sacksony</i>	Anestesista <i>Dr. Hugo</i>	Anestesia <i>Cecel</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>06/06/19</i>	Início <i>11:30</i>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

Bloqueio + gel, DPA, codificação de prova, operação cirúrgica, corpo interno sobre, ext. cirúrgica, manuseio, amputação da articulação, RTR e RTR-7, sutura e curativos. Fim

Mod. 76 HUT



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LAECIO SOUSA DA SILVA (Prontuário: 108351)**
Endereço: QD-G CASA 17 RESID. ESPLANADA - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 08/09/1987 Idade: 31a10m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720077
Requisição: 950287 Solicitação: 04/05/2019 Solicitante: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
Controle: 1209159 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 04/05/2019

OMBRO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/07/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



Joana Luísa Mendes de Menezes
Metrôpol: 47380
SAÚDE HUT
COMPARE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LAECIO SOUSA DA SILVA** (Prontuário: 108351)
 Endereço: QD-G CASA 17 RESID. ESPLANADA - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 08/09/1987 Idade: 31a10m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720077
 Requisição: 950287 Solicitação: 04/05/2019 Solicitante: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
 Controle: 1209160 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 04/05/2019

ANTEBRACO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/07/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Gerson Luis Medina Prado
 Matrícula 47048
 SAU - HUT
 CONFERIR COM O ORIGINAL





HOSPITAL GERAL DO TRABALHADOR

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153

TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

Imp: 04/05/2019 14:13:49

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:			
Nome:	LAECIO SOUSA DA SILVA	Prontuário:	36580
Tipo Sanguíneo:	Fator RH:	Local:	
		Altura (M):	0,00
		Peso (Kg):	0,00
		IMC (Kg/m2):	0,00
		Leito:	

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 645 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

04 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	8010883
DATA DE EXPEDIÇÃO	09/08/2019
NOME	LAECIO SOUSA DA SILVA
FILIAÇÃO	MARIA CREUZA PEREIRA DE SOUSA RAFAEL BARBOSA DA SILVA
NATURALIDADE	PARNARAMA - MA
DOC. ORIGEM	CERT. NASCIMENTO 42535 L 54 F 182 EXP. PARNARAMA - MA 09/10/1991
DATA DE NASCIMENTO	08/09/1987
CPF	042.056.113-74
Assinatura	Francisco das Chagas Pinheiro Martins Assessor Técnico Policial Cível Exa
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.056.113-74 4 - Nome completo da vítima: Laécio Sousa da Silva

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

5 - Nome completo: Laécio Sousa da Silva 6 - CPF: 042.056.113-74
7 - Profissão: Adv. de Pedreiro 8 - Endereço: RS Tenho Fe SIN QD-F 20228 9 - Número: 28 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Angelim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64040-003
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4987 CONTA: 100130 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia, concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 03/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11/03/2019





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

SEU CÓDIGO
0116725-1

Nº da Nota Fiscal

025309607

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

CONTA MÊS
AGOSTO/2019

VENCIMENTO
09-08-2019

CONSUMO (KWh)
132

TOTAL A PAGAR (R\$)
137,05

LUCAS SILVA MORAES
RS TENHO FE S/N QD F CASA 28 ANGELIM
CPF: 00005590011345

CEP 64.040-003 - TERESINA

DATAS DA LEITURA

Atual:

2640

Anterior:

02/08/2019

Anterior:

2508

Próxima Leitura:

04-07-2019

Constante de Multiplicação:

1,000

Emissão:

03-09-2019

Consumo Medido:

132

Apresentação:

01-08-2019

Consumo Faturado:

132

Dias de Consumo: 02-08-2019

Forma de Faturamento: 032 de irregularidade FCAM

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

29

Classe/Subclasse

Ligação

Número Medidor

Poste

Código Fat.

Média 12 meses

RESIDUO DE RENDA

MONO

A2044788

DESCRIÇÃO DA CONTA 1.4.1.1

116

Mês/ano consumo

JUL/19 123
JUN/19 140
MAI/19 103
ABR/19 119
MAR/19 102
FEV/19 147
JAN/19 146
DEZ/18 132
NOV/18 143
OUT/18 127

CONSUMO

30 A R\$ 0,294707 = 8,84
70 A R\$ 0,505210 = 35,36
32 A R\$ 0,757802 = 24,24
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 5,89
DIFERENCA DE TARIFA 42,70
SUBVENCAO BAIXA RENDA 30,69-
BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N. 1,00-
CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 0,56
MULTA POR ATRASO 06/19-00 3,39
PARCELAMENTO DE DEBITO 20/36 46,46
JUROS POR ATRASO 06/19-00 1,30
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,08
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,21

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,211713
31 A 100 - 0,362934
101 A 132 - 0,544391

Mes/Ano
07/2019

Valor R\$
166,22

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 17-08-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:

F613.8428.AF84.AE32.800E.8DAE.SC21.F3FB

Energia:

Alíquota ICMS:

111,14

Transmissão:

Valor do ICMS:

86,69

Encargos:

Valor do PIS:

22,00%

Tributos:

Valor do COFINS:

24,45

3,73 INDICADORES DE CONTINUIDADE

1,40%

1,22

31,29

FIC

6,49%

5,62

Mensal

Trimestral

Anual

Mensal

Trimestral

Anual

Mensal

Mensal

Limite

Realizado

Conjunto

5,19 10,39 20,77 3,36

6,74 de 13,45

2,94

0,00

0,00

0,00

POLO

SEU CÓDIGO

06/2019

49,57

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

ENERGIA

cepisa

0116725-1

MÊS FATURADO

137,05

VENCIMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

08/2019

Nº da Nota Fiscal:

09-08-2019

025309607

FCAM

83650000001 0 37050017000 3 00000000116 4 72510819008 5



SEQ.: 00232 UC: 0116725-1 DT.LEIT.: 02/08/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 2640 NORMAL TOTAL: 137,05 CARGA: 022
DT.VENC.: 09-08-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0251

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS -
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

