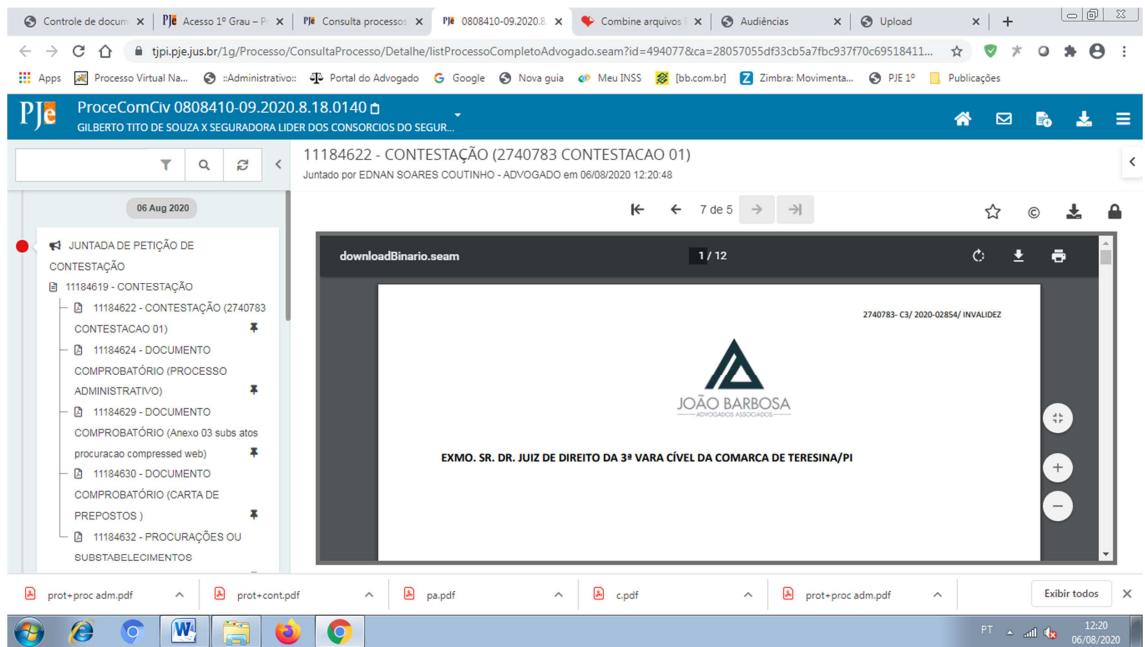


Screenshot of a web browser showing a digital document management system interface. The main window displays a document titled "11184622 - CONTESTAÇÃO (2740783 CONTESTACAO 01)" with a date of "06 Aug 2020". To the left is a sidebar with a tree view of document components. The right side shows a preview of a page from "downloadBinario.seam" with the date "2740783- C3/ 2020-02854/ INVALIDEZ" and the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The bottom of the screen shows a taskbar with various icons and a system tray indicating the date as "06/08/2020" and the time as "12:20".





Número: **0808410-09.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GILBERTO TITO DE SOUZA (AUTOR)	IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11184 624	06/08/2020 12:20	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E CADASTRAMENTO DE VÉHICULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	Exercício
1	01143484794		2019
NOME GILBERTO TITO DE SOUZA JÚNIOR			
XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX			
CHP/CPN/	PLACA		
06014814370	OD2-3721		
PLACA ANTOUE	CHASSI		
	9C2JB0100JR022136		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NEHUMA	GASOLINA		
MARCA/Modelo	ANO FAB	ANO MFG	
HONDA/POP 110I	2018	2018	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
002P/0109CC	PARTICU	BRANCA	
I P V A	VENC. COTA ÚNICA	1º IPVA	
	ENXA IPVA	PARCELAMENTO / Cotas	
		2º PAGO 3º	
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA			
TERESINA	LOCAL	16/07/2019	
MUNICÍPIO DO RIO. LOBO DIRETOR GERAL DO DISTRIBUÍDO			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI N° 013938178263 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 2019 DATA EMISSÃO 16/07/2019

VIA	CHP/CPN/	PLACA
1	06014814370	OD2-3721
RENAVAM	MARCA/Modelo	
01143484794	HONDA/POP 110I	
ANO FAB	DATA FAB	NR CHASSI
2018	09	9C2JB0100JR022136
PRÉMIO TARIÁRIO		
000,00R\$	000,00R\$	000,00R\$
000,00R\$	000,00R\$	000,00R\$
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	
15/07/2019		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

Cartório
Teresina
Sampaio

Rua Lucena Nequera, 1220 - Centro - CEP: 65000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 321-0110 - E-mail: teresina@segurodpvat.com.br

Fax: (86) 321-0110 - E-mail: teresina@segurodpvat.com.br

AUTÊNTICO A PRESENTE FOTOCÓPIA DE PARTE DE DOC. QUE É
REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL DOU FÉ. EN TEST. 592 DA
VERDADE. Teresina-PI, 28/08/2019.

SELO: AAI16342-562F - www.tjpi.jus.br/portslextre

Maria Elvira Cardoso Souza Escrivente Autorizado
Empl:2,48 TJ:0,50 FMMF/PI:0,06 Selo:0,26 Total:3,30 - DP:227
CRV

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria Elvira Cardoso Souza
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

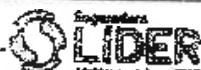
PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 SET 2019
DPVAT





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061220468250000010598757>
Número do documento: 2008061220468250000010598757

Num. 11184624 - Pág. 3



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, entre o site www.lider.com.br ou entre em contato com um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para questões sobre indenizações e práticas, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 0800-12595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 02 05 | SAC (para definições específicas a distância): 0800 022 12 05 | Central Qualidade: 0800 022 02 05

Eu, GILBERTO TITO DE SOUZA JUNIOR

RG nº 3.509.861, data de expedição 14/09/10

Órgão 53 PPI, portador do CPF nº 060.148.143-70

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA HABACUCUE QVADRA 5 CASA 06, nº Q-5-C-06

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

GILBERTO TITO DE SOUZA, cujo o condutor era

GILBERTO TITO DE SOUZA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: Pop 110i Ano: 2018

Placa: OD2-3721 Chassi: 9G2JB00100JRD22136

Data do Acidente: 29/12/2018

*PJ CORRETORA
DE SEGUROS*

19 SET 2018

PPVAT

Local e Data: TERESINA - PI 27/08/19

Gilberto Tito de Souza Junior

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja uma terceira que não a vítima responsável do acidente)

Cartório
Teresina
(Sertão)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Lúcio de Britto, 107 - Centro - CEP 64000-000 - Teresina - PI - Fone: (86) 3221-1100

Tel: (86) 3221-1100

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

CONSULTE O SELO

DIGITAL

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GILBERTO TITO DE SOUZA JUNIOR, DOU FÉ EM TESTE DA VERDADE.

Teresina - PI, 27/08/2019.

www.tjpi.jus.br/postalextra

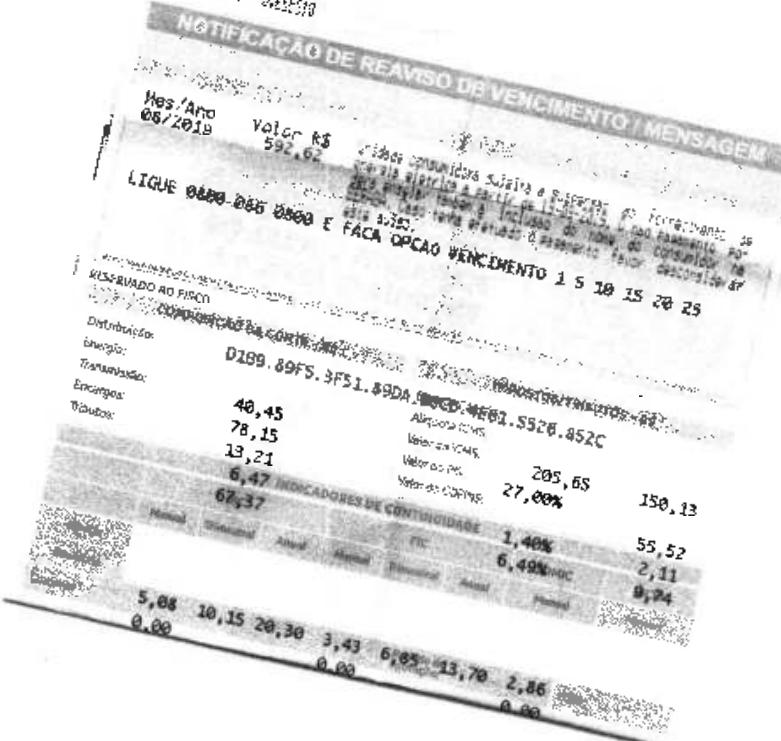
Gilberto

Jássica Aline de Meneses Silva RECREVENTE AUTORIZADA
Email: j77 FMP/PI: 0/10 Selo: 0/26 Total: 4,98 - 08:26:33

DECL DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jássica Aline de Meneses Silva
Escrevente Autorizada
Teresina - PI







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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 de 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILLICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Tito de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 347-229-123-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gilberto Tito de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 352-678-953-74

do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDOS, da Vítima Gilberto Tito de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 352-678-953-74, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresenta os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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 Tucunaré, 510, Centro</u>	Número:	<u>93</u>	Complemento:	<u>casq</u>
Bairro:	<u>Prado Brasil</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:				CEP:	<u>64012-060</u>



Local e Data: Teresina 19/09/2019

Assinatura do Declarante

DDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061220468250000010598757>
Número do documento: 2008061220468250000010598757

Num. 11184624 - Pág. 6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.240.248/0001-49 | Insc. Estadual: 19.361.382-5
Min. Fazenda / Coop. de Energia Elétrica - Série 3-3
Regime Especial da Inflação autorizada pelo SIFPI/00/51

Nº da Nota Fiscal: 026779149

1. Termo de Faturamento Eletrônico - TSEF - 01/2019
pela Lc. nº 10.438 de 26 de outubro de 2001.

CONTA MÊS

VENCIMENTO

CONSUMO (kWh)

TOTAL A PAGAR (R\$)

SETEMBRO/2019

11-09-2019

232

251,89

GILBERTO TITO DE SOUZA

R. POXIM 4136 PQ BRASIL II B-URBANO
CEP: 64.000-000 - TERESINA

APLIC: Atual

Ano/Ano: 23071

Anterior: 04/09/2019

Consume de Utilizadoras: 22839

Próxima Leitura: 05-08-2019

Consumo Faturado: 1.000

Emissao: 04-10-2019

Consumo Faturado:

Aproximação: 03-09-2019

Período da Faturação:

Data de Consumo: 04-09-2019

Período da Faturação:

Classe Subsídio: NORMAL

Unidade Consumidor:

ECAM

Classe Subsídio: 30

Classe Subsídio:

Unidade Consumidor: 12 meses

Unidade Consumidor:

Classe Subsídio: 30

Unidade Consumidor:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

352.678-953-34 Gilberto Tito da Sausa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LÉGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 86.99498-2980		

Gilberto Tito da Sausa 352.678-953-34
Reuso Rua Poxim Pq Brasil 4136 casa
VRBaus Picos PA 64.000-000

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal. 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (sinalize para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 00038472 AGENCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/bônus do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente para 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 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.

19 SET 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise com meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, desde já, em submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das 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 SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos, informar Vivos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deu à luz/nascceu (vivendo)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 verificada poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	Assinatura da testemunha	
37 - (1) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza, PI, 19/09/18

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

06/08/2020



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 SET 2019

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061220468250000010598757>
Número do documento: 2008061220468250000010598757

Num. 11184624 - Pág. 9



FMS

Fundação Municipal de Saúde



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

UNIDADE

Nome Gilberto Tito de Sousa.

DN 25 02 67 Sexo M Plano de Saúde?

Endereço Rua 30 de outubro

Bairro Centro Municipio UF PI

Data 29/12/18 Hora 13:02 Ass. Func.

Queixa Principal:

Exame Clínico: Paciente vítima de acidente de motocicleta com dor, edema e deformidade de punho direito.

Exame Complementares:

Diagnóstico Provável:

Fratura de punho

16 SET 2018

DR. V. P. V.

Medicação Prescrita/Procedimentos Realizados

1) Dipirona 1gr + Adm
2) Tramadol 10g 1gr + 100g Sf 0,9% gel
3) Voltaren 1gr Jm

Alta

Internação

Encaminhado a:

Dr. Fabrício M. Azevedo

Cirurgião Geral

Assinatura Paciente / Responsável: Assinatura / Câmpio M. M. M. Plástica

Residente M. M. M. Plástica

CRM-PI 4913

Brasil e Papagaio - 06/08/2020 12:20:47

**CONFERE COM
A ORIGINAL**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

352.678-953-34 Gilberto Tito da Sausa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LÉGAL) - CÍRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 86.99498-2980		

Gilberto Tito da Sausa 352.678-953-34
Reuso Rua Poxim Pq Brasil II 4136 *casq*
VRBaus *Picos* *PI* *64.000.000*

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal. 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (sinalize para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0029** CONTA: **00038472** AGÊNCIA: **0029** CONTA: **00038472**

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/bônus do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente para 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):

<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	19 SET 2019
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	
<input type="checkbox"/> 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 preencheimento da análise e meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, desde já, em submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das 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 SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deu à ¹ vida ou nascituro (vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 veracidade poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____	
37 - (1) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha	

Fortaleza, PI 19/09/18

Gilberto Tito da Sausa

Antônio Flávio da Sausa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 SET 2019

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061220468250000010598757>
Número do documento: 2008061220468250000010598757

Num. 11184624 - Pág. 12

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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190540746 **Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA**

Data do Acidente: 29/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO TITO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 1491977

Pag. 00441/00442 - carta_01 - INVALIDEZ



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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190540746 **Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA**

Data do Acidente: 29/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO TITO DE SOUZA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

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

Recebedor: GILBERTO TITO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 000000038472-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 01875/01876 - carta_30 - INVALIDEZ



00030938

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061220468250000010598757>
Número do documento: 2008061220468250000010598757

Num. 11184624 - Pág. 14

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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190540746 **Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA**

Data do Acidente: 29/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO TITO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14786041

Pag. 01343/01344 - carta_01 - INVALIDEZ



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO TITO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000038472-0

Nr. da Autenticação 5490096492B32E5F



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061220468250000010598757>
Número do documento: 2008061220468250000010598757

Num. 11184624 - Pág. 16

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Gilberto Tito de Souza
RG: 7.68.153 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 352.678-953-34
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Funcionário
Endereço: R. Poxim Pz Brasil II Nº 4136
Bairro: IPB Bairu Cep: 64000-000 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 99972-3301 ()

OUTORGADO:

Nome: Antônio Fioriano de Souza
RG: 802871 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 357.220.123-06
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Travessia Feltosa Q- C2 Nº 23
Bairro: Parque Brasil Cep: 64012-005 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 83498-2300 (86) 99112-3316 ()

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

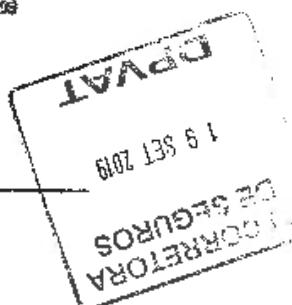
Vítima: Gilberto Tito de Souza
CPF: 352.678-953-34 Data de Acidente: 29/11/2018
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

TERENINA, 19-09-19

Local e data

Gilberto Tito de Souza

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612204682500000010598757>
Número do documento: 20080612204682500000010598757

Num. 11184624 - Pág. 18



CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardenia da Silva Santos
Escrevente Autorizada
TERESINA - PI - 01/09/2019
Assinado por: Anatolia Gonçalves de Sampaio Souza

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GILBERTO TITO DE SOUZA. DOU FE. EM TERESINA DA VERDADE.
Teresina-PI, 19/09/2019. **Salvo: AAJ41468-D3MW**
http://tjpi.jus.br/poc/alextxa.

KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMNP/PI: 0,10 Salvo: 0,26 Total: 4,98 - SP: 1
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325176/19

Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA

CPF: 352.678.953-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GILBERTO TITO DE SOUZA

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
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

GILBERTO TITO DE SOUZA : 352.678.953-34

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: 19/09/2019
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
CPF: 347.229.123-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061220468250000010598757>
Número do documento: 2008061220468250000010598757

Num. 11184624 - Pág. 20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540746 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER)(PÁG.7) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540746 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER)(PÁG.7) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





FMS
Fundação Municipal de Saúde



REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

UNIDADE

Nome Gilberto Tito de Sousa.

DN 25.02.67 Sexo M Plano de Saúde?

Endereço Rua 101 45 - da Cadi

Bairro --- Município --- UF 12

Data 29/12/18 Hora 13:02 Ass. Func.

Queixa Principal:

Exame Clínico: Paciente em fase de recuperação de
motocicleta com dor, edema e deformidade
de punho direito.

Exame Complementares:

Diagnóstico Provável:

Fratura de punho

*SETOR 03
GURU
19 SET 2018*

Medicação Prescrita/Procedimentos Realizados

1) Diprospan 10g + 1000mg Sf 0,9% gel
2) Tramadol 10g 1x + 1000mg Sf 0,9% gel
3) Valteren 10g 3m

Alta Internação Encaminhado a:

Dr. Fabrício M. Azevedo

Cirurgião Geral
Assinatura / Carimbo Médico Plástico
Residente
CRM-PI 4913

Assinatura Paciente / Responsável:

Deusmara Soárez

Software Patrulha - 00000000000000000000000000000000

**CONFERE COM
A ORIGINAL**





Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Paciente **GILBERTO TITO DE SOUSA**

52 Anos

Solicitante **YURI JIVAGO FELIX**

Requisição 114127 em 29/04/2019

Convênio **APCEF**

Emissão 29/04/2019

Exame **RX PUNHO " D" AP / PERFIL**

CONCLUSÃO:

- 1- DIMINUIÇÃO DA DENSIDADE ÓSSEA PERIARTICULAR.
- 2- FRATURA ALINHADA E CONSOLIDADA NO RÁDIO DISTAL.



Dr. Carlos Augusto Moura Fé

Radiologista

CITM-PI 1341

Rua Des. Pires de Castro, 692 Sul Telefone (86) 3222-4488 - Teresina - Piauí
Email ortopediacopil@yahoo.com.br CNPJ 12.317.665/0001-02

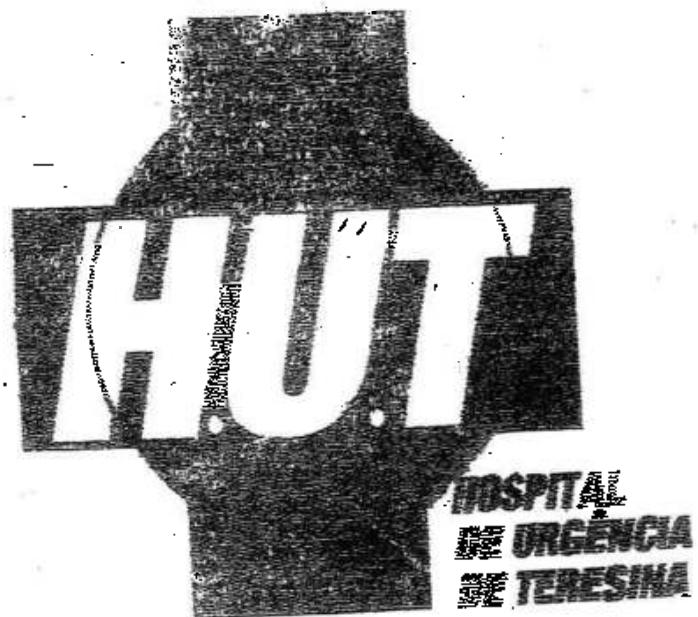


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612204682500000010598757>

Número do documento: 20080612204682500000010598757

Num. 11184624 - Pág. 24



NOME DO PACIENTE: Gilberto Tito de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 104061





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Cito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

SUS

Temp: 29/12/2018 15:54:14

User: EDINALVA LORETO

(Sessão: ARQUIVAMENTO)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GILBERTO TITO DE SOUSA	Frontuário: 104061
Mãe: SENUINA SOUSA E SILVA	Pai: DANIEL TITO DE SOUSA
End. Resid.: QD 8 CS 06 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 25/02/1967	Idade: 51a10m4d
Responsável: DEUSEMAR DOS SANTOS	Sexo: Masculino
Profissão: MOTORISTA	Fone: 86- 9972-3301
G. Instrução: Médio Completo	CNS:
End. Local.: - - -	CEP: 352.678.959-34 * RG: 768153 - SSP PI
E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700513	Data: 29/12/2018 15:54:14	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTO/CICLETA (MOTOCICLETA)		Convênio: S U E
Sid. Trab.: Não	Trajeto: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Painel upon cinturão de 25 cm traum. l M50, a esquerda, deformado e fratura negativa - grade 2, da e encarcerada no cinturão P

RX - Fratura ~~lateral~~ lateral da vértebra D

Cp: Encarcerada no cinturão negativa - Cinturão de Proteção

Marcos Vitor P de Coutinho Filho
 Traumatologista Ortopédica
 CRM-PI 4002 TEDT 12501

PA: _____ mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID: 853.5	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		RAIO-X REALIZADO
Encarcerada no cinturão Cinturão		DATA: 29/12/2018
Marcos Vitor P de Coutinho Filho Traumatologista Ortopédica CRM-PI 4002 TEDT 12501		Técnico: <u>Tullio</u>

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: _____ / _____ / _____
	<input type="checkbox"/> A Pedido		HORA: _____
		DESTINO:	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
			Proced. Solicitado:
			CID Compatível:
			<i>Assinatura de profissional</i>
			Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061220468250000010598757

Número do documento: 2008061220468250000010598757

Num. 11184624 - Pág. 26



No. da Autorização de Internação Hospitalar (PIH) 229961

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

164168

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNS:

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNS:

5828856

229967

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GILBERTO TITO DE SOUSA ✓

6 - Prontuário: 204061

7-CNS:

8-Nascimento: 25/02/1967 ✓ 9-Sexo: Masculino

CPF: 352.618.953-34

10-Mae: GENUINA SORZA E SILVA ✓

12-Fone: 86- 9972-3301

13-Resp: DEUSEMAR DOS SANTOS

14-Cor: Sem Informação

15-Endr: QD 8 CS 06 - SANTA MAR. CODIFI - CEP: 64000-010

17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

- Dor e deformidade
de antebraço D.

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico inicial:

Fratura da diáfise do rádio ✓

24-CIN Atip. 25-CIN Sec. 26-CIN C.Med.:
8539

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.: 77-Procedimento Solicitado:

04C8020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULEIA

9-Clinica:

30-Catáster: Ident.: 31-Declar.: 32-Don. Med. Solicit.:

02 01 CPI 809.651.803-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34 Data Solicitação:

BERGIEL BARREOSA BEZERRA

29/12/2016

35-Ass. Cartório Med. Sol. (CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36- () Acidente de Trânsito

37-CNPJ Seguradora:

40-RG Pároco:

41-SEGURO:

37- () Acidente Trabalho Tipico

38-CNPJ Empresa:

42-CMAR Empresa:

43-CBOP:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39- () Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

44 - Nome do Profissional Autorizado:

45 - Data da Autorização:

24.01.19
Marcos de Oliveira S. M. M. S.
Médico Auditor - FMS - Teresina
5.000,00 (cinco mil reais)

46-Documento: 47-Párt. Documento:

48-CNS: 49-CNPJ:

50 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: MÁRCIO OLIVEIRA
Consulta Local: 00013
Consulta BRS:
Impressão: 29/12/2016 10:34:27



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 164168
	AIH: 2218102658850
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE GILBERTO 1110 DE SOUSA	NASCIMENTO 25/02/1967	SEXO M	PRONTUÁRIO 104061
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOOME DA MÃE 8699721301 GENUINA SOA2A E SILVA	RESPONSÁVEL DELSAMAR DOS SANTOS	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO DD SCS 6		NUMERO / LOTE 50	
BAIRRO SANTA MARIA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL D

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAMES CLÍNICOS + RÁDIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S523 - FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408070431 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO DA URNA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO) BERGIEL BARBOSA BEZERRA CPF: 80965180387 CRM:	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 29/12/2018	
DATA ADMISSÃO 29/12/2018 19:34	DATA ALTA 31/12/2018 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO) CUCIANA RIBEIRO FONSECA RODRIGUES CPF: 46261070015 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL/PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO/ AUDITÓRIA Xerife Analista de Controle Corregedor CRM: DATA ANÁLISE:
DATA ANÁLISE: 05/01/2019 11:23:01	CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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>Gilberto Tito da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura exposta do Padrão distal D</i>		
Operação - Tipo <i>Limpeza e Fixação</i>		
Cirurgião <i>Dr. Benedito</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>29/12/14</i>	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
<p style="text-align: center;">Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p><i>Pito em Dura sob anestesia; Aspiração articular; campo estéril; uso de lâmina de punho D e fuso abd. de; Redescida da profundidade de 10 cm; Fixação parafusada com fio de Kirschner para radiografia;</i></p> <p><i>Cráneo</i></p> <p><i>Tela gomada 10</i></p>		

*Dr. Ednan Soares Coutinho
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3208*

Mod. 76 HUT



HUT	FICHA DE ANESTESIA			FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA					
Nome: <i>EDILBEN W 120 DE SOUZA</i>	Sala:	Alergia:	Date: <i>29/12/18</i>						
Procedimento: <i>TRAMETUMAB 19-30</i>	Cirurgião:	Observações:							

Agente	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Fentanyl 100mcg	X				X								
2 Propofol 200mg													
3 Cetamina 2500													
4 Dipirona 750													
5 Gluconato de magnésio													
6 Ondansetron 4mg													
7 Glicopropofol 1000ml													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
C mío													
20													
Volatile	%												

Acesso Vascular

- Periférico _____
- 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
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: _____

SPO2 (%)

100 100 100 100

ETCO2 (mmHg)

35 35 35 35

Aces. Venoso

35 35 35 35

Aces. Venoso

35 35 35 35

Diurese

35 35 35 35

Perdas Sanguíneas

35 35 35 35

Descrição da Anestesia:

*Dra. Débora Nogueira Dias
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 224*
29/12/18

Anestesiologista





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DO CENTRO CIRÚRGICO

DATA 29/02/18

NOME DO PACIENTE:	Gilberto Dífo de Souza	PRONTUÁRIO N°:	304061
DIAGNÓSTICO:	Fractura exp. radiocondral 2	CRURGIA:	Lacr. + fixac.
ANESTESIA:	Debora	N.º DA SALA:	
CIRURGIA:	Dr. Bento	CPF N.º:	
ALKILAR:		CPF N.º:	
ANESTESISTA:	Sedacor	CPF N.º:	
INSTRUMENTADORA:		CPF N.º:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA N.º 7,0	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N.º 8,0	PAR	02	
AGULHA RAGUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	01	
ÁLCOOL 70%	ML	01		PVP DE GERMANITA	ML	100	
ALCOUDÃO	UNIDA			PVP FÍSICO	ML	100	
ÁCIDA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N.º	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	01		SORO FISIOLÓGICO	FLASCO	05	
GASES	PAC.	01		SONDA URETRAL	UNID.		
IBLOG N.º 20	UNID.	01		cepom Pee	02		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA:			
CATGUT SIMPLES C/AG.							
CATGUT SIMPLES S/AG.							
CATGUT CROMADO C/AG.							
CATGUT CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

29/02/2018
Jorge Amaro Lira
Médico de
Saúde
CONFIRME COM:





HU¹
INDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
RESINA - HUT

HOSPITAL DE URGENCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP.	LEITO	MÉDICO RESPONSÁVEL
GILBERTO TITO DE SOUSA		104061	25/02/1967	51	Ortopédica	229	218	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							OBSERVAÇÕES
	HORÁRIOS							
DI: 29/12/2018	FRAT EXP RADIO DISTAL D							
30/12/18								
1	Dleta oral livre							
2	Jelco salinizado							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs SN							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
<i>15 SET 2018</i>								
<i>DR. GORDONIO CRONEMBARGER / DR. YURI JORGE FELIZ / DR. RICARDO S. VALENCIA / DR. PAULO H. L. PESSOA FILHO</i>								
<i>Ortopédica e Traumatologia / Ortopédica e Traumatologia / Ortopédica e Traumatologia / Ortopédica e Traumatologia</i>								
<i>CRM3367</i>								



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612204682500000010598757
Número do documento: 20080612204682500000010598757

Num. 11184624 - Pág. 32



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

H2O 25

PRESCRIÇÃO MÉDICA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME GILBERTO RITO DE SOUSA IDADE 51 anos DATA 29/12/2018
 HORA DE ADMISSÃO 21 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA F. punho A

SINAIS VITAIS	HORÁRIO			
	ADMISSÃO			SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>130/79 mmHg</u>			<u>129/78 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>65 bpm</u>			<u>76 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>			<u>96%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0°C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				
NOME/ MATRÍCULA	<u>Bizangela</u>		<u>Esmer</u>	
ÍNDICE DE ALDRETT E KROLIK				
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de fazer livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.		

<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> DRENO DE SUCÇÃO	<input type="checkbox"/> DRENO TORACICO	<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIA	SONDA (<input type="checkbox"/> NASOG) NASOG
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21hs Delmindo na RPA no pós de punte punha A. Sóq qts de re-
flexos. Corrente. Respirando espontaneamente. Bon estado geral.
Neuro Chege lento

PRESCRIÇÃO MÉDICA		ALTA SRPA
		<u>Antonio Cortez</u> Anestesiologista CRM-PI 3.736
		HORÁRIO
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []		
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD]		

Delm Cortez





INDAÇAO MUNICIPAL DE SAÚDE
RESINA - HUT

HOS DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
GILBERTO TITO DE SOUSA		104061	25/02/1967	51	Ortopédica	229	218	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA					HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
DI: 29/12/2018	FRAT EXP RADIO DISTAL D							
31/12/18								
1	Dieta oral livre							
2	Jelco salinizado							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs SN							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
<i>Dr. Giordano Cronemberger / Dr. Yunilvago Félik / Dr. Ricardo S. Valenga / Dr. Paul P. Pinto Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM 3357 / CRM 3766-TEOT 11305 / CRM 43367</i>								





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Olho Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-02

versão: 1.0 - 01

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILBERTO TITO DE SOUSA** (Prontuário: 104081)

Endereço: QD S CS 06 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 25/02/1967 Idade: 51a11m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700513

Requisição: 906021 Solicitação: 29/12/2018 Solicitante: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO

Controle: 1126775 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 29/12/2018

JOELHO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Parafuso metálico de fixação na projeção do fêmur distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 26/01/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061220468250000010598757>
Número do documento: 2008061220468250000010598757

Num. 11184624 - Pág. 36



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 66 3216 5443
TERESINA-PI CRP: 64017-770 CNEC: 05.522.917/2022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILBERTO TITO DE SOUSA** (Prontuário: 104061)
Endereço: QD S CS 06 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/02/1967 Idade: 51a1m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700513
Requisição: 906021 Solicitação: 29/12/2018 Solicitante: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
Controle: 1126774 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 29/12/2018

PUNHO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na epífise distal do rádio.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 28/01/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261 144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061220468250000010598757>
Número do documento: 2008061220468250000010598757

Num. 11184624 - Pág. 37



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: GILBERTO TITO DE SOUSA

Data do exame: 15/01/2019

Id Paciente: LA409394

Data do laudo: 18-01-2019

Raio X de Punho Direito

Aspectos pós-cirúrgico de osteossíntese da metáfise distal do rádio com fios metálicos de fixação.

Irregularidade do processo estilóide da ulna.

Espaços articulares preservados.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612204682500000010598757>
Número do documento: 20080612204682500000010598757

Num. 11184624 - Pág. 39

COPIE
GILBERTO TITO DE SOUSA,
ID: 114127 29/04/2019 14:52 TEC-MORAIS



Direito

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612204682500000010598757>
Número do documento: 20080612204682500000010598757

Num. 11184624 - Pág. 40

COPIL

GILBERTO TITO DE SOUSA,

ID: 114127 29/04/2019 14:52

TEC-MORais



Direito

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUÍ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:20:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612204682500000010598757>
Número do documento: 20080612204682500000010598757

Num. 11184624 - Pág. 41