

Controle de docum x | PJE Acesso 1º Grau - P x | Consulta processo: x | 0808410-09.2020.8.18.0140 x | Combine arquivos x | Audiências x | Upload x | +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=494077&ca=28057055df33cb5a7fbc93770c69518411...

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

**PJE** ProceComCiv 0808410-09.2020.8.18.0140  
GILBERTO TITO DE SOUZA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGUR...

11184622 - CONTESTAÇÃO (2740783 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/08/2020 12:20:48

06 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11184619 - CONTESTAÇÃO
  - 11184622 - CONTESTAÇÃO (2740783 CONTESTACAO 01)
  - 11184624 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 11184629 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 11184630 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 11184632 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 12

2740783- CS/ 2020-02854/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

prot+proc adm.pdf | prot+cont.pdf | pa.pdf | c.pdf | prot+proc adm.pdf | Exibir todos x

PT 12:20 06/08/2020



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
11184624	06/08/2020 12:20	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013938178263  
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01143484794 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME  
GILBERTO TITO DE SOUZA JUNIOR

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CNPJ 06014814370 PLACA QDZ-3721

PLACA ANT. FUF CHASSI 9C2JB0100JR022136

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2018

CAP. POT. CIL 002P/0109CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA 2º IPI 3º IPI

PAGAMENTO PAGO PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON DA

TERESINA LOCAL 16/07/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A FESSCAS TRANSPORTADAS OU NA O - SEGURO DPVAT

PI Nº 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 1 CNPJ 06014814370 PLACA QDZ-3721

RENAVAM 01143484794 MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2018 DATA 09 Nº CHASSI 9C2JB0100JR022136

PRÊMIO TARIFÁRIO 000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE EMISSÃO 16/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

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

SELO: AA116342-562F - www.tpi.pi.us.br/portalextra

Maria Elvira Cardoso Sousa-Escritora Autorizada  
Emp:12,48 TJ:0,50 FPMF/PI:0,06 Selo:0,26 Total:13,30 - OP:227  
CALV

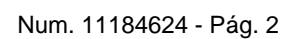
CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria Elvira Cardoso Sousa  
Escritora Autorizada  
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
19 SET 2019  
DPVAT



PJ CORRETORES  
 DE SEGUROS  
 19 SET 2019  
 DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: GILBERTO TITO DE SOUZA

DOC. IDENTIFIC. / RG. EMISSOR: 768353 SEP 21

CIV: 252.678.953-34 DATA DO BORNADO: 25/02/1967

Função: DANIEL TITO DE SOUZA

UNIDADE: SOUZA E SILVA

PERMISSÃO: 13/01/1997

VALIDADE: 28/11/2011

PROVEDOR: 1359272833

PROVEDOR PLASTIFICAR: 1359272833

ASSINATURA DO PORTADOR: *Gilberto Tito de Souza*

LOCAL: TERESINA

DATA DE EMISSÃO: 11/11/2016

68750711611

62117985795

DETRAN-PI (PIAUI)

CONEXORA  
DE CREDITOS  
16 SET 2019  
DEPAT





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.sescredencial.com.br](http://www.sescredencial.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1594 / Outras regiões: 0800-022.11.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.31.88 | SAC (para defeitos nos veículos a diesel): 0800-022.11.06 | Central Qualidade: 0800-022.92.88

Eu, GILBERTO TITO DE SOUZA JUNIOR  
RG nº 3.509.861, data de expedição 14/09/10  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 060.148.143-70  
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA HABACHUE QUADRA 5 CASA 06, nº 0-5-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: 9C2JB0100JR022136  
Data do Acidente: 29/12/2018



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

Gilberto Tito de Souza Junior  
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua: Rua da República, 1001 - Centro - CEP: 64002-204 - Teresina-PI - Fone: (86) 3251-9191 - E-mail: [cartorio3@teresina.pi.br](mailto:cartorio3@teresina.pi.br)  
Tribunal: Conselho Nacional de Justiça

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GILBERTO TITO DE SOUZA JUNIOR. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 27/08/2019. Selo: AA115374-014T  
[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra)

Jéssica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
Eml:3,05 TJ:0,77 FIMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - 02:263  
DECL DO PROPRIETARIO DO VEICULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SEL  
DIGITAL

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



04-09-2019  
29/09/2019  
CORRETORA  
DE SEGUROS  
19 SET 2019  
DPVAT



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h 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 Ovidória: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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 352.678.963-74  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidar da Vítima Gilberto Tito de Souza  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 352.678.953-134 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Trianon, Antônia Ad. L.</u>	Número: <u>23</u>	Complemento: <u>caso</u>
Bairro: <u>Parque Brasília</u>	Cidade: <u>Tenésima</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64012-060</u>	Tel. (DDD): <u>85 99498-2980</u>

Local e Data: Tenésima 19/09/2019

Antônio Flávio de Souza  
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.000-000 - Fone: 3201.1000 - 3201.1001  
Rua Brasil 1 - Centro de Energia Elétrica - Saneamento  
Regime especial de tributação aprovado pela RFB/00/31

Nº da Nota Fiscal

026779149

1. Tabela Tarifária de Energia Elétrica - TFE - em vigor  
pela Lei nº 10.439 de 26 de maio de 2002.

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

Atual:	Anterior:
Arquivo:	04/09/2019
Constante de Multiplicação:	Proxima Leitura:
23071	05-08-2019
Consumo Média:	Emissão:
22839	04-10-2019
Consumo Estimado:	Aprovação:
1,000	03-09-2019
Ponto de Entrega:	Dias de Consumo:
232	04-08-2019
Classe/Subclasse:	Código de Irregularidade:
NORMAL	FCM
Número Medidor:	Código de Unidade Consumidora:
Posta:	50
Código FAF:	30

RESIDUO EM CONSUMO MONO A949121 I.1.1.1 238

Mês/Ano	Valor R\$	CONSUMO	232 A R\$ 0,974683 =	226,12
AGO/19	246	CONTA ILUMINACAO PUB. (COSIP)		16,24
JUL/19	216	CORRECAO MONETARIA DA 07/19-00		0,02
JUN/19	236	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00		1,42
MAI/19	194	MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00		0,32
ABR/19	274	JUROS DE MORA ATRASO 07/19-00		0,03
MAR/19	218	MULTA POR ATRASO 07/19-00		3,96
FEV/19	215	JUROS POR ATRASO 07/19-00		1,78
JAN/19	212	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	9,27	
DEZ/18	234			
NOV/18	282			

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
Q R 302 - 0,97310

# NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Nes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 17-07-2013. O não pagamento por parte do consumidor é incluído no nome do consumidor de SEMPA. Caso tenha efetuado o pagamento favor documentar este boleto.

LIGUE 0800 086 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

## RESERVADO AO RISCO

Distribuição:	Valor R\$	Valor do ICMS:	Valor do IPI:	Valor do DDF:
56E8.CE45.CA44.3F96.GAD6.3048.FAC8.84B7	44,47	226,12	165,07	
Energia:	85,93	27,00%		
Transmissão:	14,53		61,05	
Imposto:			10,71	

7,11 INDICADORES DE CONTINUIDADE 1,40% 28,92

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

Valor do ICMS: 226,12 Valor do IPI: 165,07 Valor do DDF: 61,05

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
19 SET 2019  
DPVAT

CONTA ENERGIA

1058730-6  
MÊS FATURADO

09/2019  
11-09-2019

Nº da Nota Fiscal: 026779149 FCM

83660000002 7 51890017000 3 00000001058 7 730600919008 9



SEQ.: 00120 UC: 1058730-6 DT.LEIT.: 04/09/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 23071 NORMAL TOTAL: 251,89 CARGA: 006  
DT.VENC.: 11-09-2019 IRREG.: 000 COLETA: 1102



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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 00038472 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando 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 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 e meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às 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 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

22/08/20



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 SET 2019

DPVAT





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 J. W. da Costa

Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ 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

Medicação Prescrita/Procedimentos Realizados

1) Dipirona 1g + 100ml SF0,9%  
2) Tramadol 100mg 1g + 100ml SF0,9%  
3) Volteron 1g 100ml

Alta ☐ Internação ☐ Encaminhado a:

Assinatura Paciente / Responsável: Deusmar da Silva Assinatura / Carimbo Médico Plástica: Dr. Fabricio M. Azevedo  
CRM-PI 4913



CONFERE COM  
O ORIGINAL



# 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: 352-678-953-34 3 - CPF da vítima: 352-678-953-34 4 - Nome completo da vítima: GILBERTO TITO DA SAUSA

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

5 - Nome completo: Gilberto Tito da Sausa 6 - CPF: 352-678-953-34  
7 - Profissão: Remo 8 - Endereço: Rua Poxim Pq Brasil II 9 - Número: 4136 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: URBANO 12 - Cidade: Penedas 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 85.99498.2980

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 00038472 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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/verbo do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando 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 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 e meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às 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 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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

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: \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

22/08/20



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 SET 2019

DPVAT





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14919797

Pag. 00441/00442 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 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**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Gilberto Tito de Souza  
RG: 758.153 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 352.678-953-34  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: funcionário  
Endereço: R. Poxim Pq Brasil II Nº 4136  
Bairro: URBANA Cep: 54000-000 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 99972-3301 ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Antonio Floriano de Sousa  
RG: 888871 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 347.228.123-00  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo  
Endereço: Rua Trevenyan Feltosa G- C2 Nº 33  
Bairro: Parque Brasil Cep: 54012-225 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 93498-2880 (86) 99112-3310 ( )

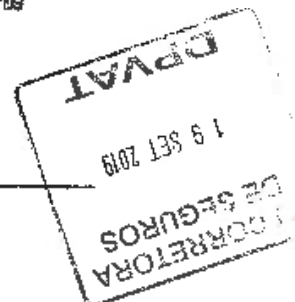
Faço Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar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

Vítima: Gilberto Tito de Souza  
CPF: 352-678-953-34 Data do Acidente: 29/12/2019  
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DABS ( ) Morte

TERESINA, 19-09-19

Local e data

Gilberto Tito de Souza  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



12/08/2020





**CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO**  
**3º OFÍCIO DE NOTAS**  
**Kátia Gardênia da Silva Santos**  
Escriturante Autorizada  
Teresina - PI

**TERESINA - CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Lúcio de Almeida, 100 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina - PI - Fone: (085) 3274-1138 - E-mail: atendimento@teresina.pi.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GILBERTO TITO DE SOUZA. DOU FE. EM TERESINA-PI, 19/09/2019. DA VERDADE. Selo: AAJ41468-D3MM  
www.tjpi.jus.br/postalexta.

**KATIA GARDÊNIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA**  
Eml:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP: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](http://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

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



## 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







Fundação Municipal de Saúde



## REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

UNIDADE

Nome Gilberto Tito de Sousa.

DN 25.02.64 Sexo M Plano de Saúde?

Endereço Rua do Urubitinga

Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ UF 12

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

Medicação Prescrita/Procedimentos Realizados

1) Dipirona 1g + 100ml SFO, 4x/dia  
2) Tramal 10g 1g + 100ml SFO, 4x/dia  
3) Voltaren 1g IM.

Alta ☐ Internação ☐ Encaminhado a:

Assinatura Paciente / Responsável: Deusmar Costa Assinatura / Carimbo Médico Plástica: Dr. Fabrício M. Azevedo  
Residência: CRM-PI 4913

CONFERE COM  
O ORIGINAL



**copil**

**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 RADIO DISTAL.



**Dr. Carlos Augusto Moura Fé**  
Radiologista  
CRM-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





HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Gilberto Tito de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 104061



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 1320 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

SUS SUS

Temp: 29/12/2018 15:59:02

Usuário: EDINALVA LOIZO

Estação: APOLOGIA

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	GILBERTO TITO DE SOUSA	Prontuário:	104061
Mãe:	GENULINA SOAZA E SILVA	Pai:	DANIEL TITO DE SOUSA
End.Resid.:	QD S CS 06 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64030-010		
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.:		CPF:	352.678.953-34 * 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 MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Sid.Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

### DADOS CLÍNICOS:

Paciente refere acidente de trânsito com trauma de MDP, de caráter  
de, de natureza e natureza mecânica no membro D; de e ocorrência no  
jardim D

RX - Fratura de humero lateral do membro D

Cp: Exame realizado no centro cirúrgico para controle de Dor e Analgesia

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho  
Traumatologista Ortopedista  
CRM-PI 4442 TEOT 12501

PA:    X    mmHg Pulso:    > FC:    bpm Temp.:   

Diagnóstico Inicial:

CID:

S52.5

### CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame realizado no Centro Cirúrgico

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho  
Traumatologista Ortopedista  
CRM-PI 4442 TEOT 12501

### RAIO-X REALIZADO

DATA: 29/12/2018

Técnico:   

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Originária <input type="checkbox"/> Transferência:
	DATA SAÍDA: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>		HORA: <u>  </u> : <u>  </u> :
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs	DESTINO: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível: Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - 86





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

229967

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

167168

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

229967

3-Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GILBERTO TITO DE SOUSA ✓

6 - Prontuário: 104062

7-CNS:

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

CPF: 352.678.953-34

11-Mãe: GENUINA SOUZA E SILVA ✓

12-Fone: 96- 9972-3301

13-Papai: DEUSEMAR DOS SANTOS

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: QD 8 CS 06 - SANTA MÃE. CODICI - CEP: 54000-010

16-Município: TERESINA

17-Cod. IBSM: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

## 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-CIU Origem: 8529 25-CIU Sec: 26-CIU Causa:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod. Proced.

0408020431

28-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAPHISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Comun.: 32-Den. Méd. Solic.: 02 01 CPI 809.651.803-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

34-Data Solicitação:

29/12/2016

35-Ass. Carimbo: Med. Ger. (CRM)

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

36- ( ) Acidente de Trânsito

37-CRM Seguradora:

38-RG-Beneficiário:

39-Série:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

40-CNPJ Empresa:

41-UNAR Empresa:

42-CBGR:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

43-Vínculo com a Previdência:

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

## AUTORIZAÇÃO

44-Nome do Profissional Autorizador:

45-Data de Autorização:

29/12/19

Marcos Antônio S. Moura  
Médico Auditor - FMS - Teresina  
54706395120001  
Ass. Conselho

46-Usuário: PAUCINA OLIVEIRA

Consultoria Local: 700513

Consultoria SUS:

Impresso: 29/12/2016 10:54:27



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

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

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE GILBERTO TITO DE SOUSA	NASCIMENTO 25/02/1967	SEXO M	PRONTUÁRIO 104061
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8699723301	NOME DA MÃE GENUINA SOAZA E SILVA	RESPONSÁVEL DEL SAMAR DOS SANTOS	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO DD SCS 6			NUMERO / LOTE 50
BAIRRO SANTA MARIA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<b>PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> FRATURA EXPOSTA DO RADIO DISTAL D
---

<b>CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> TRATAMENTO CIRÚRGICO
--

<b>PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)</b> EXAMES CLÍNICOS + RAIOS X
---

<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>
-----------------------------------

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S523 - FRATURA DA DIAFÍSE DO RADIO	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
---	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

<b>CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> 0408070431 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RADIO DA ULNA
---

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(N) DO CONSELHO)</b> BERGIEL BARBOSA BEZERRA CPF: 80965180387 CRM
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 29/12/2018
<b>DATA ADMISSÃO</b> 29/12/2018 19:34	<b>DATA ALTA</b> 31/12/2018 09:00
<b>MOTIVO ALTA</b> MELHORADO	

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(N) DO CONSELHO)</b> LUCIANA RIBEIRO DOS REIS ROCHA CPF: 462607015 CRM	<b>NOME DO PROFISSIONAL/ PARECER, CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b> CPF: 80965180387 CRM DATA ANÁLISE: 05/01/2019 11:39:01
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

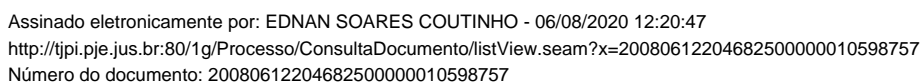





**centro cirúrgico**

Dr. Daniel Barbosa Bezerra  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 3209

Mod. 76 HUT



		FICHA DE ANESTESIA		FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome: <u>611 BENZO TITO DE SOUZA</u>		Sala:		Alergia:	
Procedimento: <u>1º Membro Superior</u>		Cirurgião:		Data: <u>29/12/18</u>	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 FENILTOLO	X				X								
2 PROPOFOL 200mg													
3 CEMIVA 2500													
4 DILUTADO													
5 DAMPNOX 100													
6 ORPHEUS 4mg													
7 GOROPRODOL													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
C nio													
20													
Volatil	%												

#### 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: \_\_\_\_\_

SP02 (%)	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso				
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia:

Dra. Débora Nogueira Dias  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PI 2222

Anestesiologista

29/12/18







PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

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

Fundação Municipal de Saúde

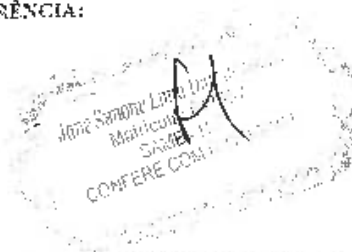
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 29/12/18

NOME DO PACIENTE: <u>Gilberto Delfino de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>304061</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Ex. Ex. intra-abdominal 2</u>	CIRURGOIA: <u>lucy + fixação</u>
ANESTESIA: <u>Debora</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>D. B. B. B.</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Sedacao</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: _____	CPF Nº: _____

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 Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	01		PVP DE GERMANTE	ML	100	
ALCOOL 90%	ML			PVP LÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	01		SONDA URETRAL	UNID.		
HELOG Nº 20	UNID.	01		<u>cepom</u>	<u>Rec</u>	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON				ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Inez</u>			





INDICAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
RESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. QU AP	LEITO	MÉDICO RESPONSÁVEL
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							
30/12/18								
1	Dieta oral livre							
2	Jeico salinizado							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs SN							
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
8	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							
Dr. Jordano Cronembregger / Dr. Yuri Javato Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM 3367								



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

## PREScrição Médica

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Gilbert D. L. & J. S.			Ortopédica	229	218	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
				HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
29/12/88	# 901				23:40 Pac admitido na clínica ortopedica, proveniente de BSA, em P.O. 2mc + fixação de fratura de Rádio Distal D. Pt orientado, físico, relato de acidente de motocicleta, nega doenças crônicas e alergias. Pós-operatório de sono satisfatório, dieta líquida por via oral, eliminação de 1 no P.O. AVP em uso. FO com urina de 1500 ml. Suo, em uso de Febre Azul queixos	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO					
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN					
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12 H					
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8 H SN					
8	CURATIVO					
9	CCGG + SSVV					
<p>Dr. Manoel Bezerra Cirurgião de Ortopedia CRM-PE 12345</p> <p>Colocar Placa Trocarter-pulmão (Sala de Cirurgia) OK</p> <p>Dr. Manoel Bezerra Cirurgião de Ortopedia CRM-PE 12345</p>						



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME GILBERTO TITO DE SOUSAIDADE 51 anosDATA 29/12/2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 hs 00 min

TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA

F. punho (B)

CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	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 O <sub>2</sub> (%)	<u>100%</u>	<u>96%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Elizângela</u>	<u>Elizângela</u>

## ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO		
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tem apnéia	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO		
PA em 20% do nível pré-anestésico	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA		
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Não responde	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>		
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO							
ESCALA DE DOR ALTA							

TOTAL

ASS.

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasogástrica ( ) Nasojejunal
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21hs Admitido na RPA no pós de punho (B). Sob qtd de re-clusão. Consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral.  
Neurochirurgia (B)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

Antonio Cortez  
 Anestesiologista  
 CRM-PI 3.736

ANESTESIOLOGISTA

ENGAMINHAMENTO ( ) 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





INDAÇÃO 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	Gelco 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											



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.522.917/0022-02

## 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  
Controlar: 1126775 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

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 28/01/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Pito 1820 - Redenção - Fone: 66 3218 5443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNIC: 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: 51a1 1m3d 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.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 28/01/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261 144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





**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







COPIE  
GILBERTO TITO DE SOUSA,  
ID: 114187 29/04/2019 14:52 TEC-MORAIS

Direito

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI



COPIL

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