



Número: **0804864-43.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IGO FERNANDO DA SILVA (AUTOR)		SAMUELSON SA ROSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
8486755	20/02/2020 19:31	Petição Inicial	Petição Inicial
8486787	20/02/2020 19:31	CNH	Documentos
8486788	20/02/2020 19:31	COMPROVANTE DE ENDEREÇO	Comprovante
8486789	20/02/2020 19:31	BO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
8486790	20/02/2020 19:31	PRE HOSPITALAR SAMU	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
8486792	20/02/2020 19:31	PRONTUÁRIO HUT	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
8486893	20/02/2020 19:31	PEDIDO DE SEGURO DPVAT	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
8486894	20/02/2020 19:31	carta de pagamento administrativo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
8486895	20/02/2020 19:31	carta de reanálise administrativa	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
8486896	20/02/2020 19:31	tabela de pagamentos por segmentos e sequelas DPVAT	Documentos

PETIÇÃO EM PDF





SAMUELSON SÁ ROSA
ADVOCACIA
CONSULTORIA & ASSESSORIA

PROCURAÇÃO AD JUDITIA ET EXTRA

OUTORGANTE: IGO FERNANDO da SILVA
brasileiro(a), 2, Autônomo, portador(a) da
carteira de identidade RG nº 2577555, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº
022.151.163-66, residente e domiciliado(a) na R. CAP WANDERLEY
1700 B, PISCARREIRA CEP 64056-640, THE PI.

OUTORGADO: Dr. SAMUELSON SÁ ROSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na
Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Piauí, sob o nº 5275, profissional com
escritório na Rua Sta. Bárbara, nº 7596, bairro Verde Lar, Teresina, Piauí, CEP 64.071-
440, endereço eletrônico samuelson.advocatus@gmail.com.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante
procurador o Outorgado, concedendo-lhe poderes da cláusula *ad juditia et extra*, para o
foro em geral, especialmente para propor DEMO DE COBRANÇA
SEG. DPVAT, podendo, portanto, promover medidas
judiciais ou administrativas, iniciais ou incidentais, acompanhar processos judiciais e/ou
administrativos em qualquer Juízo, Instância, Tribunal ou Repartição Pública Federal,
Estadual ou Municipal, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor
recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter
acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato
oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de
poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os atos necessários ao
fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECIAIS: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito os
poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar
compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, levantar RPV e
ALVARÁS, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica,
em conformidade com a norma do art. 105 da Lei nº 13.105/2015. CONFIRO, AINDA,
PODERES ESPECIAIS para me representar perante o INSS visando requerimento de
serviços previdenciários na modalidade atendimento a distância, exceto de benefícios
por incapacidade e Benefício de Prestação Continuada (BPC), conforme objeto de
Acordo de Cooperação Técnica entre o INSS e a OAB/PI.

TERESINA | PI, 25 de JANEIRO de 2019.

+ Igo Fernando da Silva

Outorgante

Rua Sta. Bárbara, 7596 – Verde Lar – Teresina – PI – CEP 64.071-440
(86) 9 9531-2757 samuelson.advocatus@gmail.com

Scanned with CamScanner



**ÁGUAS DE
TERESINA**

CNPJ 27.873.900/0001-00 - 1.ª SUPLENÊNCIA
Av. Prof. Camilo Filho, 1900, Todos os Santos - CEP 64200-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA

13072790-3

FATURA Nº
MÊS/ANO

151736750
6/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR ANTONIO L DE MARREIROS
RUA CAP WANDERLEY, 1790B-PICARREIRA-TERESINA-PI-cep: 64056640

LOCALIZAÇÃO
003-00045-006380

GRUPO
003

NUMERO DO HIDRÔMETRO
Y10N309605

HISTÓRICO DE CONSUMO			
MÊS/ANO	TIPO	LEDO	FATURADO
05/2019	Lido	95	120
04/2019	Lido	90	120
03/2019	Lido	120	120
02/2019	Lido	87	120
01/2019	Lido	92	120
12/2018	Lido	100	120

ELUCIDARIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
12 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 06/05/2019 8066
ATUAL 05/06/2019 8155

CONSUMO MÊS M3
120

LEI Nº 7412/2012
PIS/PASEP (0,65% + 1,10%) 1,75
COFINS (3,00% + 7,65%) 27,30

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	DESCRIÇÃO	VALOR
0	10 0,8450 60	VALOR REFERENTE ÁGUA - 341,40	
10	25 5,2000 60	> Residencial-Normal 120,0 m3	341,40
25	55 99999 4,1500 60	JUROS POR ATRASO 04/2019	2,11
		JUROS POR ATRASO 05/2019	1,87
		MULTA POR ATRASO 04/2019	7,02
		MULTA POR ATRASO 05/2019	7,01

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIMENTO 17/06/2019 TOTAL A PAGAR 359,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM
ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO
OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA
FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento pela fatura eletrônica, a suspensão dos serviços
conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40 inciso V e Art. 6º, §3º, inciso I.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA - MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
PH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5
COLORIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA - MÊS	VALOR PERMITIDO
ESQUECHENÇA COL.	660	656	4	Ausente	Ausente
	660	660	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 05/06/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:25



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003198/2019-61

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Alberto Da Silva Reis

Data/Hora: 22/08/2019 - 09:47

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ANTONIETA BULAMARK, Nº:

Complemento

Bairro

SANTA LIA

Ponto de Referência

RR K SAM GESSO

Data/Hora

01/08/2019 - 11:30

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: IGO FERNANDO DA SILVA

RG: 2577555

Mãe: MARIA DOS REMÉDIOS DA SILVA

Endereço: RUA CAPITÃO VANDERLEI, Nº 1790B

Bairro: PIÇARREIRA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE POR VOLTA DAS 11h30min. DO DIA 01.08.2019 OCORREU UM ACIDENTE DE TRANSITO(COLISÃO DE VEÍCULOS COM VÍTIMA) NA AV. ANTONIETA BULAMARK ENVOLVENDO OS VEÍCULOS: 01- HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NIL-9151, RENAVAL 00429931476, COR PRETA, EM NOME DE CLAUDIO DE SOUSA SILVA, CONDUZIDA POR IGO FERNANDO DA SILVA, CNH Nº 1553305802, CAT. B; 02- F250 PLACA LVJ-8506 PROPRIETÁRIO E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS. RELATA O NOTICIANTE E CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA NIL-9151 QUE TRAFEGAVA NA AV. ANTONIETA BULAMARK E O VEÍCULO DE PLACA LVJ-8506 TRAFEGAVA NA MESMA VIA EM SENTIDO CONTRÁRIO E FEZ UM RETORNO FECHANDO O CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA NIL-9151 QUE VEIO A COLIDIR NO VEÍCULO DE PLACA LVJ-8506 OCORRENDO ASIM O ACIDENTE, TENDO SAÍDO COMO VÍTIMA O CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA NIL-9151, IGO FERNANDO DA SILVA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DO HUT Nº 518523.

Alberto Da Silva Reis - Mat.
AGENTE DE POL

IGO FERNANDO DA SILVA
IGO FERNANDO DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Parafba
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU 192

Classificação do Chamado

Localização da Ocorrência

Dados do Paciente

Tipo de Ocorrência

Acidente de Transporte

Exame Físico

Assistência

Hospital de Destino

Observações Intérprete

01 Nº do chamado 0057	02 Data do chamado 01/08/19	03 PRO (código) ABEP	04 Saida do PA 1141	05 Chegada ao local 1146
06 Saida do local 1157	07 Chegada ao 1º hospital 1158	08 Saida do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
10 Endereço Av. Antônia Bulmarck 5033		12 Município-UF THER PI		
11 Bairro Santa Lúcia (Piauí)		Código IBGE		
13 Ponto de referência R. carro. 1 sem 6-20		15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado		
14 Nome Igor Fernandes da Silva		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
16 Idade 22 01/08/1986		Se idade ignorada, preencha com 999		
18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança	
23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - A voz 3 - A dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso 100 Resp. 18 PA 120/80 TAX. 66 SatO2 96		
25 Local da lesão 				
26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso 1 - Radial 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		
29 Escala de Dor de 0 a 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 10		30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 1 - Aspiração 2 - Oxigênio 3 - Curativos 4 - Prancha longa/curta 5 - Colar cervical 6 - Kred 7 - Imobilização de extremidades 8 - Reanimação cardiopulmonar 9 - Assistência obstétrica 10 - Glicemia 11 - Acesso venoso 12 - Medicamentos a) b) c)		32 Hospital de Destino 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Antes do socorro 4 - Antes do transporte 5 - Durante o transporte		
Observações Intérprete Acidente de moto com corpo apresentando escoriações na face e membros inferiores, fratura úmida.				
Enfermeiro LUCILIA 93.943 Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE - João da Cruz Enfermeiro Condutor - Elivandro		

Versão: 27.11.2011

Scanned with CamScanner



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Igo Fernando da Sbc

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 518523

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA

NEURO

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	IGO FERNANDO DA SILVA	Prontuário:	518523
Mãe:	MARIA DOS REMEDIOS DA SILVA	Pai:	
End. Resid.:	RUA ALGOINHA N3590 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento:	07/08/1986	Idade:	32a11m25d
Sexo:	Masculino	Fone:	- -
Responsável:	O MESMO	CNS:	
Profissão:	AUTONOMO	Documento:	CPF: 022.151.163-66
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	733982	Entrada:	01/08/2019 12:16:33	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	Amarelo
História Clas. Risco:	MARTA AMELIA LOPES DE SOUSA CARRAL COREN 93943 Em: 01/08/2019 12:24:14	

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 01 HORA REFERE USO DE CAPACETE, O QUAL FOI SACADO NA HORA DO IMPACTO. PACIENTE TRAZIDO PELÔ SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL, HEADBLOCKS, PRANCHA RÍGIDA E PERNA ESQUERDA IMOBILIZADA. NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIÊNCIA. NÃO REFERE CERVICALGIA. APRESENTA DOR EM HMT ESQUERDO, AO INSPIRAR E AO MOBILIZAR A PELVE. RELATA TCE.
VIAS AERIAS PÉRVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL E HEADBLOCKS
HEMURTO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXANSIBILIDADE PRESERVADA; SRA
REF. RR. 2T; ABDOME FLÁCIDO;
PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO IMOBILIZADO

Exames Complementares:	CID:
------------------------	------

Exames Complementares:
(1274412) - MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
(1274413) - PELVE
(1274414) - MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Prescrição Médica:
1 DEXAMETASONA 10MG + AD EV AGORA
2 TRAMAL 50 MG + 100 ML SF 0,9% EV LENTO AGORA
3 SOLICITO AVALIAÇÃO DE ORTOPEdia E NEUROCIRURGIA
4 REAVALIAÇÃO COM CIRURGIA GERAL

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto)

Assinatura Paciente ou Responsável

MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
CRM 6780 PI Em: 01/08/2019 12:42:58

Scanned with CamScanner

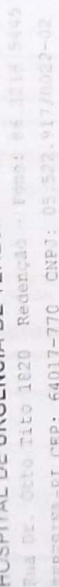


Assinado eletronicamente por: SAMUELSON SA ROSA - 20/02/2020 19:27:33

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002201927333980000008104711>

Número do documento: 2002201927333980000008104711

Num. 8486792 - Pág. 2



Consulta: 733982

Imp: 01/08/2019 12:42:59

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:			
Nome: IGO FERNANDO DA SILVA		Prontuário: 518523	Local: <u>Leito:</u>
Tipo Sanguíneo:	Fator RH:	Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00
		IMC (Kg/m2): 0,00	

[illegible]

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

Scanned with CamScanner



<http://tjpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022019273339800000008104711>

Número do documento: 20022019273339800000008104711



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
4-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	244296

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IGO FERNANDO DA SILVA	6 - Prontuário: 518523
7-Idade: 8-Nascimento: 07/08/1986	9-Sexo: Masculino
10-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DA SILVA	12-Fone: - -
13-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Preta
15-End: RUA ALGOINHA N3590 - SATELITE - CEP: 64069-990	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Fratura diafise tibia</i> <i>@ TTD W</i>	
21 - Condições que justificam a internação: <i>Amuse + Ex Br</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rio</i>	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise da tíbia	24-CID Prin: S822 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 0408050500	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	Tempo SUS 4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 835.447.043-15	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	34-Data Solicitação: 01/08/2019	Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia CRM: 3875 TEOT: 11094 35-Res. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48 Documento:	49-Num. Documento:	
() CHS () CPF		50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (SOLIMAR BRITO) Consulta Local: 733982 Consulta SUS: Impressão: 01/08/2019 15:11:47

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SAMUELSON SA ROSA - 20/02/2020 19:27:33

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002201927333980000008104711>

Número do documento: 2002201927333980000008104711

Num. 8486792 - Pág. 4



Planilha 1

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente <u>João Fernando da Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura</u>		
Operação - Tipo <u>TTG Cin</u>		
Cirurgião <u>Dr. Jamerson</u>		1º Assistente <u>Dr. Denise</u>
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador <u>Tunich</u>	Anestesiologista <u>Dr. Diego</u>	Anestesia <u>Raque</u>
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>01.08.19</u>	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Paciente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ddh sob raqui anestesia
- 2) Antissepsia Aséptica colocação de curativos Cir
- 3) Incisão longitudinal $\pm 15\text{cm}$
- 4) Grupos musculares
- 5) Redução anatômica
- 6) Osteossintese com placa xcp 4,5mm + parafusos
- 7) Lavagem e fechamento

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3878 TEOT: 14094



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/08/19

NOME DO PACIENTE: Igor Fernando da Silva		PRONTUÁRIO Nº: 518523
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 01	
CIRURGIÃO: Dr. Jamerson	CPF Nº:	
AUXILIAR:	CPF Nº:	
ANESTESIA: Raquel	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA: Junior	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 710/715	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 810	PAR	01	
AGULHA RAQUE Nº 27	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Exyon	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	1	02		CIRCULANTE			
PROLENE							

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SAMUELSON SA ROSA - 20/02/2020 19:27:33

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022019273339800000008104711>

Número do documento: 20022019273339800000008104711

Num. 8486792 - Pág. 7

[illegible]

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IGO FERNANDO DA SILVA** (Prontuário: 518523)
 Endereço: RUA ALGOINHA N3590 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 07/08/1986 Idade: 32a11m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 733982
 Requisição: 982972 Solicitação: 01/08/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
 Controle: 1274418 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 01/08/2019

Cod SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(LUIS CEZAR)

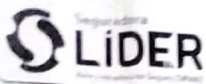
TERESINA - PI 01/08/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353
 Profissional Responsável

[Assinatura manuscrita]





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2- Nº do sinistro ou ASL:

3- CPF da vítima: 022.151.163-66

4- Nome completo da vítima:

Igo Fernando Da Silva

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

5- Nome completo:

Igo Fernando Da Silva

6- CPF:

022.151.163-66

7- Profissão:

Servente

8- Endereço:

Rua Cap Wandersley

9- Número:

790

10- Complemento:

Casa

11- Bairro:

Pecareira

12- Cidade:

Teresina

13- Estado:

PE

14- CEP:

64056-640

15- E-mail:

eduardoseguros2@hotmail.com

16- Tel. (DDD):

(86) 99534-6565

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

17- Nome completo do Representante Legal:

18- CPF do Representante Legal:

19- Profissão do Representante Legal:

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

20- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21- DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1989

CONTA: 37366

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23- Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24- Data do óbito da vítima:

25- Grau de Parentesco com a vítima:

26- Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27- Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28- Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29- Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30- Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31- Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32- Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33- Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38- 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39- 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40- Local e Data,

Teresina - PE 30/10/19

X Igo Fernando Da Silva

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

DPV 001/1003/2010

Scanned with CamScanner



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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190649452

Vítima: IGO FERNANDO DA SILVA

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGO FERNANDO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do 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 tornozelo 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: IGO FERNANDO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000037366-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190649452

Vítima: IGO FERNANDO DA SILVA

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGO FERNANDO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01095/01096 - carta_09 - INVALIDEZ

00050548



Carta nº 15334590



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

