

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Audiências, Sistema, PJe Consulta p, PJe 0809350-71, PJe 0821847-25, Download f, (26) Whats, +

Address bar: Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=499471&ca=e800c74559cda1e32e...

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

Header: **PJe** ProceComCiv 0809350-71.2020.8.18.0140 FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

Page Title: 11843543 - CONTESTAÇÃO (2750104 CONTESTACAO 01)

Text: Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/09/2020 08:54:42

Left sidebar: 15 Sep 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11843336 - CONTESTAÇÃO
 - 11843543 - CONTESTAÇÃO (2750104 CONTESTACAO 01)
 - 11843549 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11843552 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11898201 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11898203 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Main content area: 15 de 13



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08093507120208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DNVAT em caso de invalidez especial de"

Taskbar: Windows icons, PT, 08:55, 15/09/2020



15/09/2020

Número: **0809350-71.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **08/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA (AUTOR)			GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11843549	15/09/2020 08:54	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190649715

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

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 15134858





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190649715

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000037342-7**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 009.025.203-93 4 - Nome completo da vítima: Francisco Das Chagas 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: Francisco Das Chagas Silva 6 - CPF: 009.025.203-93
7 - Profissão: Montador 8 - Endereço: R. Nova Alegria 02-5 Casa 16
11 - Bairro: Santo Antonio 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64028-407
15 - E-mail: lchagasseguros2@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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 37342 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) ☐ Divorçado ☐ 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (se for legível) 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 - PI 19/11/19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011061/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2019 10:27 Data/Hora Fim: 19/11/2019 10:36
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/08/2019 19:00

561123

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: AVENIDA PRINCIPAL DO DIRCEU
Complemento: PRÓXIMO A PRAÇA DOS CORREIOS

Bairro: Itararé

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PI - Teresina	Sexo: Masculino	Nasc: 12/04/1981
Profissão: Motorista		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: ANTONIA MARIA DA CONCEICAO		Nome do Pai: MANOEL CLARINDO DA SILVA	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.025.203-93
RG - Carteira de Identidade: 2089651

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: QUADRA DIRCEU ARCOVERDE I
Complemento: Q 42
Bairro: ITARARE
Telefone: (86) 99818-7535 (Celular)
Nº: 14
CEP: 64.077-120

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 785.619.143-00	Placa PIU5634
Renavam 01131007724	Número do Motor E3L2E-043966
Número do Chassi 9C6KE1920E0009965	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor AZUL	UF Veículo Piauí



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 19/11/2019 10:36
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

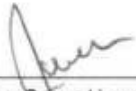
Nº: 011061/2019

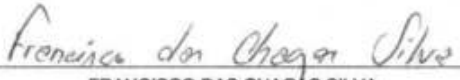
Município Veículo	Teresina	Marca/Modelo	YAMAHA/YBR125 FACTOR K
Modelo	YAMAHA/YBR125 FACTOR K	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	26/03/2019	Situação do Veículo	NADA CONSTA
Nome Envolvido	FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA	Envolvimentos	Possuidor
Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição	NÃO IDENTIFICADO	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido	Desconhecido 1	Envolvimentos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA, PROPRIEDADE DE IRAMILTON DE FREITAS LIMA E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE TRANSITAVA NA MESMA VIA E SENTIDO FEZ UMA MANOBRA INDEVIDA DE MUDANÇA DE FAIXA PROVOCANDO A COLISÃO COM MOTO DO COMUNICANTE. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (CHAMADO 124) E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA (PRONT. 294724). DECLARAÇÕES DA COMUNICANTE. QUE O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrícula 8094781
Responsável pelo Atendimento


FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e deito que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Cabulosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 19/11/2019 10:36
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 08:54:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091508544080300000011210329>

Número do documento: 20091508544080300000011210329

Num. 11843549 - Pág. 6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 009.025.203-93 3 - CPF da vítima: 009.025.203-93 4 - Nome completo da vítima: Francisco Das Chagas 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: Francisco Das Chagas Silva 6 - CPF: 009.025.203-93
7 - Profissão: montador 8 - Endereço: R5 Nova Alegria 00-5 Casa 16 9 - Número: 16 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santo Antonio 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64028-427
15 - E-mail: lchagasseguros@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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 373427 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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(nascidos)? ☐ 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 - Assinatura do representante legal (se houver) 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 - PI 19/11/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Francisco das Chagas Silva

lo Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	19 Tipo de ocorrência	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança		
	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	
	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino		
Assistência	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinares		

Versão: 27.11.2011



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 35 3218 5443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0001-00

NEURO OK
ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA			Prontuário:	294724
Mãe:	ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO			Pai:	MANOEL CLARINDO DA SILVA
End. Resid.:	QD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	12/04/1981	Idade:	38a3m19d	Sexo:	Masculino
Responsável:	FRANCISCO DAS CHAGAS			Fone:	86- 3233-6918
Profissão:	MONTADOR			CNS:	708604038095481
G. Instrução:	Médico Completo			Documento:	CPF: 009.025.203-93
				E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	734040	Entrada:	01/08/2019 20:05:09	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEIMADURAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco:	ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MIE	
		EDUARDO MELO CAMPELO COREN PI 136.439 Em: 01/08/2019 20:18:01

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 m IMC: 0,00 kg/m² Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Pct vítima de acidente motociclistico, trazido pelo SAMU, encontra-se consciente, orientado e cooperativo. Prefere ingestão de bebida alcoólica. Nega vômitos, otorrágia, epistaxe e cefaleia. Refere dor em MIE.

A: vias aéreas pervias, com uso de colar cervical e prancha rígida.

B: MV + bilateralmente, sem RA. SaO₂ = 96%

C: AC: BNF, RR em 2T, S/S. Abdome flácido e inerte, pelve estável; pulso 121

D: Glasgow 15, pupilas iso-foto.

E: MIE imobilizado com dor à palpação.

Diagnóstico Inicial:

7 01 08 19 67.12 CID:

Exames Complementares:

(1274685) - T.C. DE CRÂNIO
(1274686) - FERNA ESQUERDA
(1274687) - TORMOZELO ESQUERDO

Prescrição Médica:

SB23
0408030300
DATA: ____ HORA: ____
TÉCNICO: ____

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto): DATA: ____ HORA: ____

Assinatura Paciente ou Responsável: *Antonia Maria da Conceição*

MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA
CRM 6780 PI Em: 01/08/2019 20:18:01
SAP: 01/08/2019 20:18:01
SE COM O ORIGINAL



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:	02/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000037342-7

Nr. da Autenticação 81A086313B23519C





Para contato
com o seu informante
use o número

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.303-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS
OUTUBRO/2019

VENCIMENTO
31/10/2019

CONSUMO (kWh)
394

TOTAL A PAGAR (R\$)
411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 21824	Atual: 24/10/2019
Anterior: 21430	Anterior: 24/09/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 25/11/2019
Consumo Medido: 394	Emissão: 23/10/2019
Consumo Faturado: 394	Apresentação: 24/10/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Diário de Consumo: 30
Código de Irregularidade:	

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Média 22 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
SET/19 368	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19 285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 30,03
JUL/19 222	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00 0,57
JUN/19 205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,13
MAI/19 204	MULTA POR ATRASO 09/19-00 7,18
ABR/19 178	JUROS POR ATRASO 09/19-00 1,67
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70
FEV/19 297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
JAN/19 365	
DEZ/18 57	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - R\$ 552,10

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO - MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Verifique sempre os dados de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre um período por mais dois meses consecutivos de vencimento.

RESERVAÇÃO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.D0DF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 73,20	Base de Cálculo: 372,30 271,78
Energia: 141,48	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 23,93	Valor do ICMS: 100,52
Encargos: 11,71	Valor do PIS: 1,40% 3,82
Tributos: 121,98	Valor do COFINS: 6,49% 17,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	ONC			FIC			ONC	
	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Composto	TERESINA-MACALPA						Período de observação:	08/2019 até: 100,01

ROT: 17.001.31.11.020500



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.303-5

SEU CÓDIGO

0051869-7

TOTAL A PAGAR - R\$

411,88

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

31/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

83650000004 4 11880017000 3 00000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT. LEIT.: 24/10/2019 T. ENTR.: 09
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010
DT. VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 08:54:41

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091508544080300000011210329

Número do documento: 20091508544080300000011210329

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além 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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de 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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Das Chagas Da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 009.025.203/93, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Francisco Das Chagas Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.025.203/98, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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.

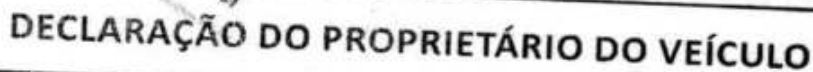
Endereço		Número	Complemento
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 20 de Novembro de 2019
Local e Data

x Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017





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



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
Exame Físico	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	29 Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
Assistência	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	35 Observações interdisciplinares		36 Responsável pela recepção		37 Socorristas

Versão: 27.11.2011



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Simone dos Chapas Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 234724

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.

Joana Luisa Mendes da Mota
Médica
SAM - HUT
CONFERE CÓPIA ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 3218 5443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.562.917/0001-97

NEURO V
ORTOPEDIA

Imp: 01/08/2019 20:21:34
Unex: MOISES SA
Estação: CONSULPA01

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA	Prontuário:	294724
Mãe:	ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO	Pai:	MANOEL CLARINDO DA SILVA
End.Resid.:	QD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	12/04/1981	Idade:	38a3m19d
Responsável:	FRANCISCO DAS CHAGAS	Sexo:	Masculino
Profissão:	MONTADOR	Fone:	86- 3233-6918
G. Instrução:	Médio Completo	CNS:	708604038095481
		Documento:	CPF: 009.025.203-93
		E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	734040	Entrada:	01/08/2019 20:05:09	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEIMAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco:	EDUARDO MELO CAMPELO COREN PI 136.439 Em: 01/08/2019 20:18:21	
ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MIE		

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, trazido pelo SAMU, encontra-se consciente, orientado e cooperativo. Refere ingestão de bebida alcoólica. Mega vômitos, otorragia, epistaxe e cefaleia. Refere dor em MIE.									
A: vias aéreas pervias, com uso de colar cervical e prancha rígida.									
B: MV: bilateralmente, sem RA. SaO2 = 96%									
C: AC: ENF, RR em 2T, S/S. Abdome flácido e inerte, pelve estável; pulso 121									
D: Glasgow 15, pupilas iso-foto.									
E: MIE imobilizado com dor à palpação.									

Dr. Felipe José M. Pontes Neto
Proctologia / Cir. Geral

Diagnóstico Inicial:	01/08/19	CID:
	68.12	

Exames Complementares:
(1274685) - T.C. DE CRÂNIO
(1274686) - PERNA ESQUERDA
(1274687) - TORNOZELO ESQUERDO

Prescrição Médica:	5823	DATA:	01/08/2019	HORA:	20:00
	0108050300				

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

Assinatura Paciente ou Responsável:	MOISES FRANCO AMORIM, VET. 136.439 CRM 6780 PI Em: 01/08/2019 20:21:34
-------------------------------------	---





ESCALAS DE GRAU DE DEPENDÊNCIA E AVALIAÇÕES DE RISCO



NOME: Francisco Carlos PRONTUÁRIO: 700777 IDADE: ENFERMARIA/LEITO:

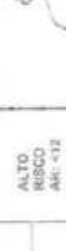
PRONTUÁRIO: 937977

IDADE: __ ENFERMARIA/LEITO: __

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 07 / 07 / 20

[illegible]

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso () Glasgow: AO/RV/RIM = _____	
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Parêntesia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor	
3. Respiração: () Eupneico () Dispnéico () Taquipnéico () TQT () Jsem O ₂ () Com O ₂ : _____	
4. Sistema Cardiovascular: () ENR () BMF () 2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros: _____	
5. Bleis: () VO () SNE/INC () SCE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa cicatrização () Acetila Parcialmente () Naoacetila ()	
6. Abôntem: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido / Tenso () Timpanítico () Doloroso () Indolor () Outros: _____	
7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integro () Edema / Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () LPPs _____	
8. Hidratação: () AVP _____ () AVC _____ () Outros: _____	
9. Orenos: () Suctor _____ () Torácico _____ () DVE () Kher () Penrose () Outros: _____	
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros: _____	
11. Evacuações: () Presentes () Constipado _____ dias () Diarréias () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros: _____	
12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais? _____	
12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? Data? _____	
12.3: Comorbidades: () Negs () DM () HAS () Outros, Quais? _____	
12.4: Medicamentos de uso contínuo: _____	
Admissão: Admitido no PT, com punção de furo de mão esquerda, com punção de mão direita, punção de mão esquerda (02.08.14) de 02.08.14. Na internação - Solicitação de exames e exames 18	

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
• PERCEÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1- Totalmente 2- Moderado 3- Levemente 4- Nenhuma • UMIDADE (Molhado): 1- Completamente 2- Molhado 3- Escorrelamente 4- Secamente • ATIVIDADE: 1- Acamado 2- Cadeira rolável 3- Andar 4- Soltamente 4- Andar Frequentemente • MOBILIDADE (Limitação): 1- Totalmente 2- Muito 3- Levemente 4- Nenhuma • NUTRIÇÃO: 1- Muito pobre 2- Inadequada 3- Adequada 4- Excelente • FRICÇÃO E CISHALHAMENTO: 1- Problema 2- Problema Potencial 3- Nenhum Problema					
TOTAL:					
ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):		PONTOS:	CONTROLE:		
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0			SEM RISCO SR: 0-24		
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0					
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Móvel/ Paralelo - 30 / Múltiplas Bengalas/ Andador - 15 / Nenhum/ Acamado/ Andador Profissional/ Saúde - 0			BAIXO RISCO BR: 25-50		
4. TERAPIA ENDÓGENOSA: SIM - 20 NÃO - 0					
5. MARCHA: Comprometida/ cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem distúrbio, acamado, calceado de rotas - 0			ALTO RISCO AR: > 51		
6. ESTADO MENTAL: Superintencionalidade / Esquecimento - 15 / Orientado / Capacitado a sua capacidade / Limitação - 0					
TOTAL:					

Num. 11843549 - Pág. 18

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

OME Mauveiro das Chagas, Helvécia IDADE 62 anos DATA 02/08 /2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 15 hs 02 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Osteotomia de Tibia CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120/80</u>	<u>120/86</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>72</u>	<u>71</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98.1</u>	<u>99.1</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Helvécia</u>	<u>Helvécia</u>

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO					
ESCALA DE DOR SAÍDA					

TOTAL	<u>09</u>			
ASS.	<u>P</u>			

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POE de Osteotomia de Tibia; segue calma; bem-estar; ar.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

Flávia
 Anestesiologista
 CRM-PI 5812

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

12 () 13 () EMERGÊNCIA PED. UTE () PED () NEURO () GERAL () J () QUEIM. CLÍNICA: () PED MORT () NEU () CIR () MÉD



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 08:54:41

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091508544080300000011210329

Número do documento: 20091508544080300000011210329

Num. 11843549 - Pág. 19

#NEUROCIRURGIA 11/08/2019, 20:20h

TCE: Glasgow 15.

TC de crânio: Linhas médias hipocampo, sulcos e cisternas preservadas;
sem hemorragias.

cd.: Sem conduta neurocirúrgica

Dr. João Augusto Soares Coutinho
Neurocirurgia
CRM-PR 2308

01/08/2019.

Quarta-Feira de Sordidez da
Trefeço 10h, 1 hora e 20 minutos
Na Janela
Al- Roberto E. Freitas Trefeço E.
L- HTP - Urupês.
TAA e Urupês.

Yuri Augusto Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR 2308

João Augusto Soares Coutinho
Médico - CRM-PR 2308
SAÚDE - HUT
CONFERE





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco dos Anjos Sbr		
Diagnóstico pré-operatório	Fr. de fêmur de Humer. D.		
Operação - Tipo	DOF 1 e 2 placo e ligam.		
Cirurgião	Dr. Uemelt	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiado	Anestesia	
anestésico(a)			

Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

1	Plat. em ADM sob Ligadura
2	Ressecção + fratura + Ligam. anterior
3	Plat. de 1º e 2º graus de fratura em fêmur D.
4	Implante de placa e 6 parafusos de fixação
5	Ressecção + fratura e placa DOF robusta 4,5x
6	proprio centro + Ligam. anterior + placa 3,2
7	Sutura 7/0 e plat. + Ligam.

D. Uemelt
12/09/2020 13:53

Joana Lins
Núcleo de
SAÚDE - HUT
COORDENADOR

Mod. 76 HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/08/19

NOME DO PACIENTE: <i>Franca da Chaga Silveira</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>294724</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Fm de fora de Vh</i>	CIRURGIA: <i>Post e plac. Rupt</i>
ANESTESIA: <i>Loque</i>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <i>Dr. Uvaldo</i>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <i>Dra. Viviana</i>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <i>Benedita</i>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <i>11º 24</i>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <i>7.5</i>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <i>7.0</i>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		CREDOW	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		<i>Drum Victor 3:2</i>	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON <i>Nº 2.0</i>	UNID.	01					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL <i>Nº 0</i>	UNID.	01		CIRCULANTE: <i>Gemilho</i>			
PROLENE		—					

Joana Lúcia Soares de Moura
Nº 1234567890
SANE - HUT
CONFERE CUIDADO





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

* Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3- Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	24432

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA		6 - Prontuário:	294724	
7-CNS:	708604038005481	8-Nascimento:	12/04/1981	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO		CPF:	009.025.203-93	
13-Resp:	FRANCISCO DAS CHAGAS		12-Fone:	86- 3233-6918	
15-Endereço:	QD. 42 CASA 14 - DISTRITO ARCOVERDE - CEP: 64000-010		14-Fone:	86- 3233-6918	
16-Município:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-010		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050500	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Proced.- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli- citada:
0702030902	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	1
Fornecedor de CIM: SEINE		

38-Profissional responsável:	40-Tp. Documento:	
YURI JIVAGO FELIX	CPF	
39-Data Solicitação:	40-Mo.Doc. Méd. Solic.:	
02/08/2019	001.663.217-61	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

<i>Fr. de fr. de tibia R</i>

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'M.O.' Autorização:		
	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer. Controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	03/09/19	
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(ANTONIO EURIVAN)





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 08:54:41

<http://tpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091508544080300000011210329>

Número do documento: 20091508544080300000011210329

Num. 11843549 - Pág. 25

[illegible]



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-Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação

4-CNES

5828856

24432

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

6-CNS: 706604038095491

8-Nascimento: 12/04/1981

9-Sexo: Masculino

6 - Prontuário: 294724

11-Mãe: ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO

CPF: 009.025.203-93

12-Resp: FRANCISCO DAS CHAGAS

12-Fone: 86- 3233-6918

13-Endereço: QD. 42 CASA 14 - DISCU ALCANTARA - CEP: 64000-010

14-Cor: Sem Informação

15-Munic: TERESINA

17-Cod. IBS: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Doença de fratura e
diagnóstico de fratura
de fêmur

21 - Condições que justificam a internação:

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

Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim: 8022

25-CID Sec: 1

26-CID C.Aux: 1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Tempo SUS 4

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

01/08/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajetória

39- () Outros:

40-No. Bilhete:

41-Série:

43-CNAS Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

03/09/19

48-Docum.: () CNS () CPF

49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Maria Antonia da Silva

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Usuário: (FLAVIA MENDES)

Consulta Local: 734040

Consulta SUS:

Internação: 11843549



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 08:54:41

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091508544080300000011210329

Número do documento: 20091508544080300000011210329

Num. 11843549 - Pág. 26

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 229151
	AIH: 2219101778300
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 708604018095481	NOME DO PACIENTE FRANCISCO DAS CHACAS SILVA	NASCIMENTO 12/04/1981	SEXO M	PRONTUÁRIO 294724
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 066107335	NOME DA MÃE ANTÔNIA MARIA DA CONCEIÇÃO	RESPONSÁVEL MARIA ANTONIA	
CEP Q 42 C 14	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE SN		
BAIRRO DIRCEU ARCOVERDE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITÍMEA MITOCICLISTA, TRAZIDO PELO SAMU, ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO E COOPERATIVO. REFERE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA, NEGA VÔMITOS, DIARRÉIA, EPITAXIE E CEFALÉIA. REFERE DOR EM MIE. A: VIAS AERÉAS PERVIAS, COM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. B: MV + BILATERALMENTE, SEM RA. SACR - 16% C: AC: BNF, RR EM 21, S/S. ABDOME FLACIDO E INOCENTE, PÉLVIS ESTÁVEL; PULSO 121/D; GLASGOW 15. PUPILAS ISO-CÓTIAS E MIE INJURIADO COM DOR A PALPAÇÃO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGICA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO, RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S82.2 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

940035290 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) YURI IVAGO FELIX CPF: 00160371751
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 01/06/2019
DATA ADMISSÃO 01/06/2019 20:05	DATA ALTA 04/06/2019 08:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FRICA PATRICIA CHAVES CPF: 2957341146	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA E ASSINATURA (01/06/2019 21:00:33) CPF
CRM	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

João Luiz
Médico
SUS - HUT
CONFERE Cópia





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Del. Otto Costa 1828 - Pedreira - Fone: 36 3218 3443
 TERESINA-PI CEP: 64007-170 - CxP: 35.322.917/0023-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA** (Prontuário: 294724)
 Endereço: OD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 12/04/1981 Idade: 38a3m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734040
 Requisição: 663095 Solicitação: 01/08/2019 Solicitante: MOISÉS FRANÇO AMORIM VIEIRA DE SÁ
 Controle: 1274555 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/08/2019

T.C. DE CRÂNIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULTISLICE, 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.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 02/08/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

Joana Lúcia
 01/08/2019
 08:55:00
 CONFERE C. 1274555





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Teto 1420 - Redenção - Fone: 66 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA** (Prontuário: 294724)
 Endereço: QD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 12/04/1981 Idade: 38a3m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734040
 Requisição: 983096 Solicitação: 01/08/2019 Solicitante: MOISES FRANCO AMORIM VIEIRA DE SA
 Controle: 1274686 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060165

Data Exame: 01/08/2019

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas obliquas completas nas diáfises distais da tibia e fíbula.

UIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/08/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 08:54:41
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091508544080300000011210329
 Número do documento: 20091508544080300000011210329



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 3210 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA** (Prontuário: 294724)
 Endereço: QD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP. 64000-010
 Nascimento: 12/04/1991 Idade: 38a3m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734040
 Requisição: 983096 Solicitação: 01/08/2019 Solicitante: MOISÉS FRANÇO AMORIM VIEIRA DE SÁ
 Controle: 1274687 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 01/08/2019

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/08/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

Joana Luísa M. Almeida
 Radiologista
 SPM - HUT
 CONFERE





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 36 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-070 CNPJ: 05.522.917/0001-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA** (Prontuário: 294724)
Endereço: QD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/04/1981 Idade: 38a3m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 244323
Requisição: 963404 Solicitação: 02/08/2019 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 1275388 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204060168

Data Exame: 02/08/2019

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas obliquas completas recentes alinhadas na diáfise dos ossos da perna com presença de placa e parafusos metálicos na tíbia.
- Aumento de volume das partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/08/2019

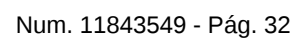
CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/09/2020 08:54:41
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091508544080300000011210329
Número do documento: 20091508544080300000011210329

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1235108115



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0409216/19

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

CPF: 009.025.203-93

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

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
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA : 009.025.203-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190649715 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA **Data do acidente:** 01/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS P.7,8)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190649715 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA **Data do acidente:** 01/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS P.7,8)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: <u>Francisco das Chagas Silva</u>			
RG: <u>2089 651</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>22/12/18</u>	
CPF: <u>009.025.203-93</u>	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO: <u>Montador</u>	
ENDEREÇO: <u>RS Nova Alegria s/n 02-S C-16</u>		Nº: <u>16</u>	
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>		BAIRRO: <u>Santo Antonio</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64029-423</u>	TELEFONE :

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: <u>NELLE ROZE SOARES MARQUES</u>			
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSS/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>	
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRA</u>	PROFISSÃO: <u>RECUSO</u>	
ENDEREÇO: <u>RUA 24 DE JANEIRO</u>			Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>CENTRO</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Francisco das Chagas Silva

Data do acidente de trânsito: 03/08/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: TERESINA - PI 19.11.19

Francisco das Chagas Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

