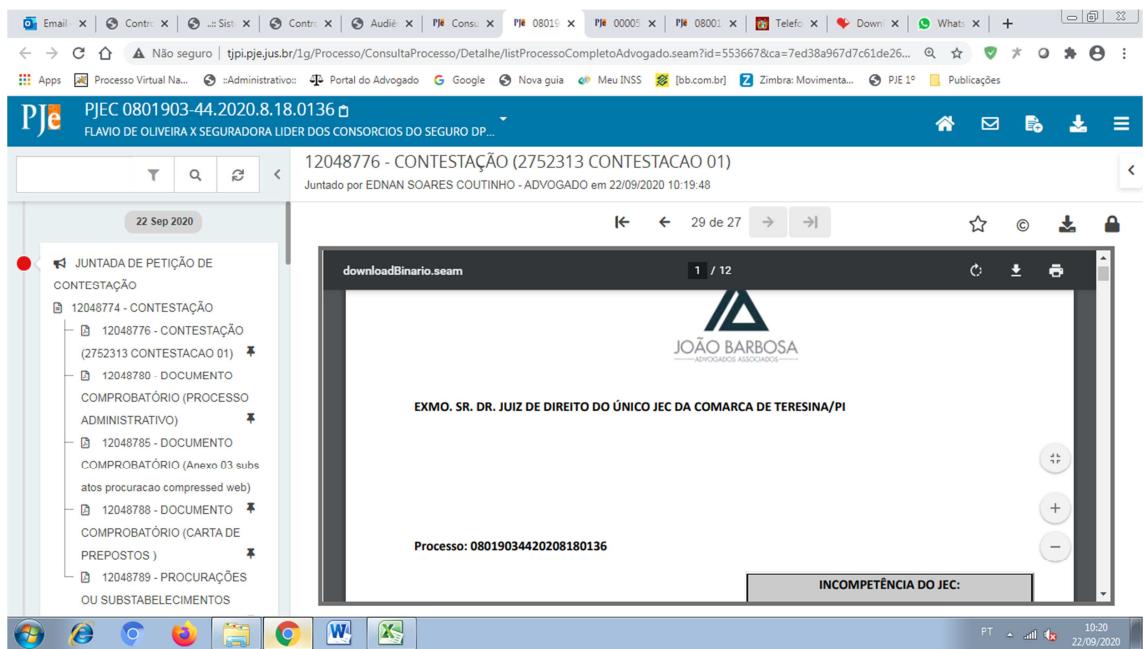


Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe system. The document is a binary file named 'downloadBinario.seam' (page 1 of 12) from the João Barbosa Advocados Associados law firm. The document is a scanned image of a letter addressed to the 'EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE TERESINA/PI'. The letter discusses a case involving 'FLAVIO DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DP...' and mentions 'INCOMPETÊNCIA DO JEC:'. The browser interface shows a sidebar with a list of documents and a main content area with navigation controls and a preview of the scanned page.



PJe PJEC 0801903-44.2020.8.18.0136

FLAVIO DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DP...

12048776 - CONTESTAÇÃO (2752313 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/09/2020 10:19:48

22 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

12048774 - CONTESTAÇÃO

12048776 - CONTESTAÇÃO (2752313 CONTESTACAO 01)

12048780 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)

12048785 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)

12048788 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)

12048789 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 12

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08019034420208180136

INCOMPETÊNCIA DO JEC:

PT 10:20 22/09/2020



Número: **0801903-44.2020.8.18.0136**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Teresina Sul 1 Anexo II Bela Vista**

Última distribuição : **01/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.387,50**

Assuntos: **Perdas e Danos**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FLAVIO DE OLIVEIRA (AUTOR)</b>	<b>CELSO THALYSSON SOARES E SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12048 780	22/09/2020 10:19	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



# Consultório Médico

Maria Teresa Sousa Mendes Rezende

Clinica Geral - CRM/PI 1455

CPF 220.481.083-34

## Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que Flávia de Oliveira, foi vítima de acidente de moto em 13.01.18, com trauma grave no punho e, com fratura completa da metadiáfise distal do rádio, fratura completa da diáfise distal da ulna e fratura nas consolidações do processo estilóide ulnar (em R+ feito em 26.08.18) As fraturas foram expostas. Foi submetido →

CID: S52.6

02.10.18

*M. T. Rezende*  
Dra. Maria Teresa S. M. Rezende  
MÉDICA  
CRM. 1455 / PI

○ TELE-SAÚDE

Fones: (86) 99559-1996 / 99582-1749

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

10 NOV 2018

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 10:19:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210194775500000011401814>  
Número do documento: 20092210194775500000011401814

Num. 12048780 - Pág. 1

e converte com coloacões de pinos metálicos. Atualmente as fraturas estão desalinhasadas e parte nas óssos fricadas. Alta definitiva após 90 dias. O paciente apresenta, no momento de formidade do punho, entorse muscular  $\pm 1/4$  da enteopleura, rigidez do punho, déficit funcional das mãos, com perestesia de dois dedos (3º e 4º). As atividades de vida diária, estes prejudicadas em 60%.

OBG: Louco de Rx do punho e sequelas do enxerto (26.09.18)

02.10.18  
Dr. Maria Teresa S. M. Rezende  
MÉDICA  
CRM. 1455 / PI



PACIENTE: FLAVIO DE OLIVEIRA

**MÉDICO SOLICITANTE: SEM SOLICITACAO**

IDADE: 26A 3M 20D

SEXO: M

PEFIDO:476494

CÓD. PAG.: 571018

DATA: 26/09/2018



## RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO

## RELATÓRIO:

- Redução da densidade óssea regional.
  - Sinais de fratura pregressa consolidada da região metaepifísaria distal do rádio com deformidade, esclerose e leve angulação anterior do seu fragmento distal.
  - Fratura completa da região diafísaria distal da ulna com desalinhamento dos seus fragmentos.
  - Fratura completa simples não consolidada do processo estilóide ulnar.
  - Demais superfícies e espaços articulares conservados.
  - Partes moles sem alterações radiológicas significativas.
  - Ausência de calcificações peri-articulares.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Osteopenia regional.
  - Sequela de fratura pregressa consolidada da metaepífise distal do rádio com deformidade e leve angulação anterior do seu fragmento distal.
  - Fratura completa da diafise distal da ulna com术 desalinhameneto dos seus fragmentos.
  - Fratura completa simples não consolidada do processo estilóide ulnar.

Autumn 1956

DR. ANTONIO LOBAO VERA'S FILHO

NO EODAS VEN  
RADIOLOGISTA

CRM: 2697

Fabricado em: 27/02/2018 às 09:14 - Pedido: 426454 - Recipientes: 07 - APROVADO PELO DCE/UFSC/PROGRAD

Page 1 of 1

- **ULTRA-X CENTRO** - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul
- **ULTRA-X JOCKEY** - Rua Angélica, 318, Jockey
- **ULTRA-X MÉDICO** - Ribeirão Preto, 1426, 2º andar, Centro

3194.5555

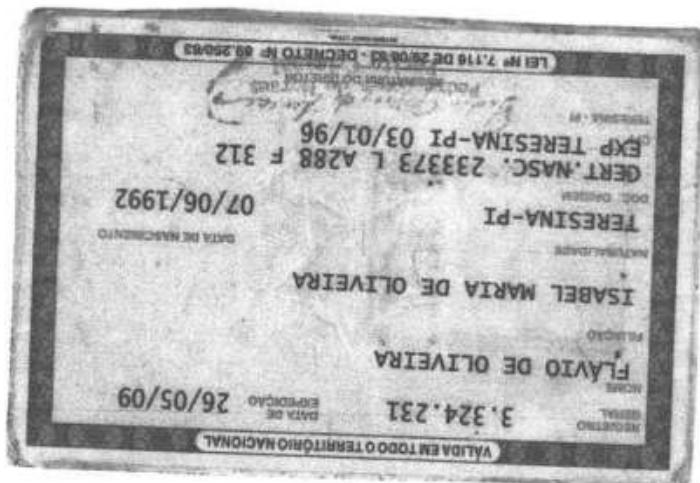


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 10:19:48

Assinado eletronicamente por: EDIAN SOARES COSTA - 22/03/2020 13:19:48  
[http://tiny.pni.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view\\_seam?x=20092210194775500000011401814](http://tiny.pni.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view_seam?x=20092210194775500000011401814)

Número do documento: 20092310184775500000011401814

Num. 12048780 Pág. 3



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 10:19:48  
<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210194775500000011401814>  
Número do documento: 20092210194775500000011401814

Num. 12048780 - Pág. 4



RECIBO FEDERAL  
DE SEGUROS  
11 AGR/2013



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 10:19:48  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210194775500000011401814>  
Número do documento: 20092210194775500000011401814

Num. 12048780 - Pág. 5



**NEOCLÍNICA**

Qualidade para sua saúde.

Paciente: FLÁVIO DE OLIVEIRA  
Nascimento: 07/06/1992

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

09 MAI 2018

DPVAT

### Laudo Médico

Atesto que paciente supracitado, vítima de acidente de trânsito, apresenta sequela de fratura de rádio e punho esquerdo, tendo sido tratado cirurgicamente. Paciente evolui de maneira definitiva com limitação funcional de punho esquerdo de 70%.

CID-10: S525/ M245/ M625/ M191

  
Dr. Glaudson Nascentes  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2775 / TECOT 10604

Teresina, 09/06/2018

Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO  
CRM 2775

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia  
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia  
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330  
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • [www.neoclinica.net.br](http://www.neoclinica.net.br)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 10:19:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210194775500000011401814>  
Número do documento: 20092210194775500000011401814

Num. 12048780 - Pág. 6

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Victor Martins Lima

RG nº 3433431, data de expedição 10/10/16,  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 061 114.473-5, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piáni, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Av. 88 Cidade-05 Bairro SACY, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Flávio de Oliveira, cujo o condutor era  
Flávio de Oliveira.

Veículo: HONDA/C6 125 FAN KS

Modelo: 2013 motocicleta

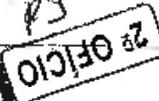
Ano: 2013

Placa: 0UD-1492

Chassi: 9C2JC4110D2110390

Data do Acidente: 13-03-18

Local e Data: 13/01/2018 Teresina - PI

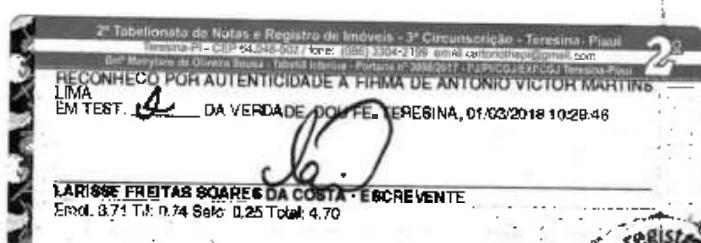


Antônio Victor Martins Lima

Assinatura do Declarante

Flávio de Oliveira

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





**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL NF: 718916

**FLAVIO DE OLIVEIRA**

RUA SÃO MIGUEL, N° 4595 B-SANTA LUZIA

CEP: 64.085-030 TERESINA-PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
0645463-0	09/2018	21/08/2018 a 21/09/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
130	25/09/2018	R\$ 59,75

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

(86) 9.9404-4769 (86) 9. 8805-3573  
 (86) 9. 8867-8941 (86) 9. 9857-3724  
 (86) 9. 9851-3238

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO  
PIAUI**



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
0645463-0	09/2018	R\$59,75

83620000005.544900170009.000000003988.675609150056



Dados do Chamado		01 N° do chamado 1636	02 Data do chamado 11/09/18	03 PRO (codigo) 6150	04 Saída do PA 17	05 Chegada ao local 15-03
Local da Ocorrência		06 Saída do local 15-04	07 Chegada ao 1º hospital 16-05	08 Saída do 1º hospital 17	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente		10 Endereço 10 Largo do Monteiro 65 - Prado - Bela Vista - Cidade 11 Bairro Florental	12 Município Teresina	13 Ponto de referência Praça das Bandeiras	14 Nome Flávio de Oliveira	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado
Tipo de Ocorrência		16 Idade 35	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	19 ABR 2018
Acidente de Transporte		19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Ciclista 3 - Passageiro 4 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 5 - Onibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico		23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulseira Respir. PA TAX Sat2	25 Local da lesão HOT
Assistência		26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 07	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10 - Muito intensa
Hospital de Destino		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa-corta Colar cervical Kred	Imobilização de extremitades Respiração cardiopulmonar Resistência obstétrica	Glicose Accesso Venoso Medicamento(s)	32 Hospital de Destino HOT
Observações Interdisciplinar		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não	Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		35 Não Removido
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AEPE	Enfermeiro Condutor	Relatório		

Vítima de corte no corpo com violência, apresentando fratura exposta em punho e braço, localizada em punho, dia, punho D. Corrente, orientado, tonto, d'ambulando. Ele mesmo retirou cinto e levou 10x10, num nível de trauma em tórax e coluna - Nega GM, H15 e alergia medicamentosa.

2051117

**CREDI SHOP**

**FLAVIO DE OLIVEIRA**  
RUA SAO MIGUEL, 4595-4  
SANTA LUZIA - 0  
TERESINA - PI-PI 64020010

Teresina, 27 de Março de 2015

Prezado Associado,

Bem-vindo ao mundo das compras! Bem-vindo ao Credi-Shop, o jeito fácil de comprar!

Você está recebendo o cartão Mais Fácil SETUT/CREDISHOP. Este é um cartão de múltipla utilidade e servirá como meio de pagamento da passagem nos ônibus urbanos de Teresina-PI, substituindo o Vale Transporte, como também você poderá utilizá-lo como Cartão de Crédito nas lojas credenciadas da rede Credishop.

**Atenção: Para que você possa utilizar a função cartão de crédito, você deve comparecer à loja da Credishop com os seguintes documentos:**

- Carteira de Identidade
- CPF
- Comprovante de Residência

Abaixo, estão relacionados, seu Limite de Crédito e o Dia de Vencimento de seu Extrato Mensal.

**Valor do Limite de Crédito: R\$ 200,00 Rotativo ou R\$ 300,00 Padrão**  
**Dia de Vencimento do Extrato: 6**

Para qualquer esclarecimento, ligue para nossa Central de Atendimento 24h pelos telefones:

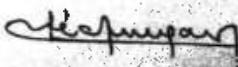
2106-1234 - Residentes em Teresina e Timon  
0800-707-1234 - Residentes em outras localidades

CORRETORA DE SEGUROS

19 ABR 2018

FORMAT

Atenciosamente,

  
Aécio Magalhães

Credi-Shop S/A



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

164 v. 1.0

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000819/2018-72

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

Data/Hora: 02/03/2018 - 10:44

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

13/01/2018 - 15:00

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

HORTO FLORESTAL

**Endereço**

AV. LINDOLFO MONTEIRO C/ RUA PROF. MADEIRA CAMPOS, Nº:

**Complemento****Ponto de Referência**

POR TRAZ DA DINOLÂNDIA

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome: FLÁVIO DE OLIVEIRA****Tipo Envolv.:** VÍTIMA/Noticiante

RG: 3.324.231 PI

Mãe: ISABEL MARIA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA SÃO MIGUEL, Nº 4595

Bairro: SANTA LUZIA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9432-0382

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

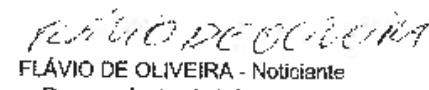
**Natureza(s) da Ocorrência**

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA QUD-1492-PI, COR PRETA, RENAVAM 00519412150, PROP. DE ANTONIO VICTOR MARTINS LIMA, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA PROF. MADEIRA CAMPOS, QUANDO SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE COM UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA AV. LINDOLFO MONTEIRO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 142731). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

  
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

  
FLÁVIO DE OLIVEIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

19 ABR 2018

ORIGINAIS  
CORRETOS  
DE SEGUROS





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima  
Flávio de Oliveira

CPF da Vítima  
053 649 43345) Data do Acidente  
13.03.2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 88657066

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ORIGINAL

SEGURADORA  
DE SEGUROS

19 ABR 2018

DPVAT

Flávio de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 10:19:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210194775500000011401814>  
Número do documento: 20092210194775500000011401814

Num. 12048780 - Pág. 12

---

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180177847**

Vítima: **FLAVIO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **13/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180177847**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL  CPF da Vítima  053 649 413 45 Nome completo da vítima  Glávio de Oliveira

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo  Glávio de Oliveira CPF titular da conta  053 649 413 45 Profissão  professor  
Endereço  Rua São Miguel Número  1595 Complemento  
Bairro  Santa Lúcia Cidade  Sidnei CEP  69020 040  
Email  (86) 9865 7066

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Name ... <input type="checkbox"/> BBO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> Dv. <input type="text"/> Dv.	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> 10004	CONTA NRO. <input type="text"/> 01300002208	Dv. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Informar dígito se existir	Dv. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PA CORRETORA DE SEGUROS

Foram 19 de Abril de 2018  
Local e Data

19 ABR 2018

Glávio de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta nº: 12873550

A/C: FLAVIO DE OLIVEIRA

**Nº Sinistro:** 3180177847  
**Vitima:** FLAVIO DE OLIVEIRA  
**Data do Acidente:** 13/01/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FLAVIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000072868-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180177847**  
Vitima: **FLAVIO DE OLIVEIRA**  
Data do Acidente: **13/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180177847**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12696996



---

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DE OLIVEIRA**  
Nº Sinistro: **3180177847**  
Vitima: **FLAVIO DE OLIVEIRA**  
Data do Acidente: **13/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180177847**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12737595

Pag. 01431/01432 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060716



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 10:19:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221019477550000011401814>  
Número do documento: 2009221019477550000011401814

Num. 12048780 - Pág. 17

# 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: 21/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000072868-2

---

Nr. da Autenticação B6125B3CAF3CD152



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 10:19:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210194775500000011401814>  
Número do documento: 20092210194775500000011401814

Num. 12048780 - Pág. 18

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180177847      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 13/01/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO + FRATURA DISTAL DE ULNA DISTAL ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** PERDA MÉDIA DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA MÉDIA DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

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

### PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.52099-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138930/18

**Número do Sinistro:** 3180177847

**Vítima:** FLAVIO DE OLIVEIRA

**CPF:** 053.649.413-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/01/2018

**Titular do CPF:** FLAVIO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

**FLAVIO DE OLIVEIRA : 053.649.413-45**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/11/2018  
Nome: FLAVIO DE OLIVEIRA  
CPF: 053.649.413-45

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

FLAVIO DE OLIVEIRA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 10:19:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221019477550000011401814>  
Número do documento: 2009221019477550000011401814

Num. 12048780 - Pág. 20

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180177847      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 13/01/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO E URNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO .

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO .

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\*APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 17/05/2018 , EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

\*PERDA EM GRAU MÉDIO DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180177847      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 13/01/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO E URNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO .

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO .

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\*APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 17/05/2018 , EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

\*PERDA EM GRAU MÉDIO DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180177847      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 13/01/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO + FRATURA DISTAL DE ULNA DISTAL ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO E EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.52099-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO: 3180-1778, 47

Eu, Flávio de Oliveira,  
Portador do RG n3324231, e CPF n033.649.413-43  
Endereço: Rua São Miguel, nº 4593  
Bairro: STª LUZIA, Cidade: TELESPI UF PI.

Senhores analistas, venho por  
meio destes conta, solicitar a  
reanálise do meu processo, pois  
estou com sequelas que estão  
com agudamento, conforme o LAUDO  
MÉDICO, JUNTAMENTE com o FATO  
ATUALIZADO, decorrente de um acidente  
de trânsito sofrido por mim.

Local e Data: TELESPI (PI), 05/10/2018

X FLÁVIO DE OLIVEIRA  
(Vítima)



HOSPITAL DR. MIGUEL COUTO

Elm

Terceirline

NOME: FLAVIO DE OLIVEIRA  
NASCIMENTO: 07/06/1992  
MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO DAS CHAGAS  
DATA DO EXAME: 31/01/2018

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-operatório de osteossíntese no rádio distal com fios metálicos.  
Fratura completa, desalinhada, na diáfise distal da ulna.  
Fratura-avulsa no processo estilóide da ulna.  
Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.  
Redução difusa da densidade mineral óssea.

\*Correlacionar com dados clínicos.

Dra. Nelly Viana de Souza, Odont.  
ENDEODONISTA - CRM 2126

Dra. Antonio Cavour de Miranda, 357 - Morro Castelo - Teresina-PI. CEP: 64017-310  
Fone: (86) 3215-9123 - Cel: (86) 985001149 - Telefone: (86) 3215-9123



HOSPITAL DR. MIGUEL COUTO



NAME: FLAVIO DE OLIVEIRA  
NASCIMENTO: 07/06/1982  
MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO DAS CHAGAS  
DATA DO EXAME: 31/01/2018

#### RADIOGRAFIA DO MÃO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-operatório de osteossíntese no rádio distal com fios metálicos.

Fratura completa, desalinhada, na diáfise distal da ulna.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

\*Correlacionar com dados clínicos

Dra. Nayra Virginie da Costa Cotta  
RADIOLÓGISTA - CRM 3343

Rua Antonio Cavour de Miranda, 357 – Monte Castelo- Terecina-PI CEP 64017-310  
CNPJ 17.577.205/0011-09 Telefone: 86 3215-9121



NOME DO PACIENTE: Elaria de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 142 733

ASSISTÊNCIA  
DE SEGUROS

19 ABR 2018

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



Intropedia



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Av. Dr. Otto Lito 1820 - Ed. Encanto - Telef: 86 3229 4072  
TERESINA-PI CEP: 64017-070 CNPJ: 03.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FLAVIO DE OLIVEIRA		Prontuário: 142731
Mãe: ISABEL MARIA DE OLIVEIRA	Pai:	
End. Resid.: RUA SÃO MIGUEL 456C - SANTA LUIZA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 04/08/1992	Idade: 16 Anos	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	CNS: 890000488125477	
Profissão: SUCATTEIRO	Documento: RG: 3.324.731 - SSP/PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 645969	Data: 13/01/2018 16:05:52	Condução: VAGUEGAL, N. BAG
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S S
Acid. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V139

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sínt/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEBRA	Desarranjo de trauma sign. flectivo	TERAPIA GERAL	Laranja
Sintese Histórica:		Professional Clas. Risco:	
Avaliação de risco: 1 (baixo risco) - 5 (alto risco)		PROFISSIONAL: 1 (baixo risco) - 5 (alto risco)	
Data: 13/01/2018		Data: 13/01/2018	
Assinatura:		Assinatura:	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 16:05:52)		
PA: 120/80 mmHg	Pulmão: -	FC: -
Paciente vítima de acidente motociclistico corre dos 15 metros, com má orelas plávias, sem uso de cinto de segurança, encarregado em ponto direto para queira, muito quando sob suspeita de fratura exposta gengiva 15, sem rinas de sangramento ativo no momento, abd: indolor à palpação; AEP sem alterações.		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES	RAIO-X REALIZADO DATA: 13/01/2018 Técnico: <i>EDNA</i>
Exame: <i>Exame na Auto Unimed</i>	
Nome: <i>Medico Vitor P. de Carvalho Filho</i> CRM-PI 4791 TED 12501	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Assinatura: <i>Joice Anne Lima Leite</i>
DATA: / /	HORA: : :
Procedimento: <i>EDNA</i>	

*Sabrina Barbosa dos Santos*

Assinatura Paciente ou Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

Imp: 12/01/2018 16:17:55  
(HELENILSA)

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

**DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> FLAVIO DE OLIVEIRA		<u>Frontuário:</u> 142731
<u>Mãe:</u> ISABEL MARTA DE OLIVEIRA	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> RUA SAO MIGUEL 4563 - SANTA LUZIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 07/08/1992	<u>Idade:</u> 25a:7m:6s	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 998000498129577
<u>Profissão:</u> BUCATEIRO		<u>Documento:</u> RG: 3.324.231 - SIE/PI
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 645969	<u>Data:</u> 13/01/2018 16:05:52	<u>Clas. Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOQUEIRO MOTOC		<u>Convênio:</u> S U S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1)

Data/Hora Solicitação: 13/04/18 ESPECIALISTA: Antônio  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Requerimento para realização de exames de ressonância magnética e tomografia computadorizada para avaliação de lesões ósseas e articulares. Exames de rotina e exames complementares.

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ : \_\_\_  
Cô: Encerrado no Centro Unigar para entrada de novo - M36

Carimbo/assinatura Prof. Borges

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2)**

### Características de los solicitantes

**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: \_\_\_\_\_

Capítulo/assentamento Prof. Barreto





UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TEREZINA

HOSPITAL DE

- 3 -

- 415 -

ଶର୍ମିଷ୍ଠାନ

PREScrição MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 10:19:48  
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210194775500000011401814>  
Número do documento: 20092210194775500000011401814

Num. 12048780 - Pág. 30



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

65 94-14

Fis. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE:	Flávio de Oliveira	PRONTUÁRIO N°:	14731
DIAGNÓSTICO:	L.M.C + Fixação de ferimento		
ANESTESIA:	Blockeo	Nº DA SALA:	05
CIRURGÃO:	F.C. dos Chagas	CPF N°:	
AUXILIAR:	Estudante	CPF N°:	
ANESTESIA:	Nipon	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Solange	CPF N°:	

F.C. dos Chagas & S. S.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-F 3920

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	01
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° 70		PAR	02
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA N° 75		PAR	02
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	06
ALCOOL 70%	ML	50		PVP DE GERMANTE		ML	100
ALGODÃO	BOLA	03		PVP TÓPICO		ML	100
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVP TINTURA		ML	—
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC		UNID.	02
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC		UNID.	01
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC		UNID.	01
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC		UNID.	—
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FBASCO	06	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL		UNID.	
JELCO N° 20	UNID.	01		escova		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				elétrico		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Crepom		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cochter 02		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Gislene			
PROLENE							





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente Fábio de Oliveira

Diagnóstico pré-operatório Fistula expulsa de pele

Operação - Tipo Fístula de pele + laringe

Cirurgião Fco dos Chagas

1º Assistente

Estudante

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Schonge

Anestesiado

Nípon

Anestesia Bloqueio

Anestésico(a)

Data da Operação 13/01/18

Inicio

17:30

Fim

18:20

Diagnóstico Pós-operatório

Fistula expulsa de pele  
Algodão + laringe

Relatório Imediato do Patologista

Verbalizada + perda de  
pele viva / laringe  
laringe devido

Acidente Durante a Operação

**Descrição da Operação**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Abertura da laringe  
descongestionar  
abrir a pele  
descolar a pele  
fechar a pele  
colar a pele  
fechar a laringe

HUT-SAME  
CONFIRMADO 01/01/18  
TERESINA  
SERVIÇO

Fco dos Chagados  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-F 3320

Mod. 78 HUT

