

Browser tabs: Email, Contro, Sist, Contro, Audi, Cons, PJ 0801, PJ 0000, PJ 0800, Telef, Down, Whats, +

Address bar: Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=553667&ca=7ed38a967d7c61de26...

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

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



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	
FLAVIO DE OLIVEIRA (AUTOR)		CELSO THALYSSON SOARES E SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12048 780	22/09/2020 10:19	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Consultório Médico

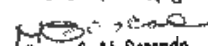
Maria Teresa Sousa Mendes Rezende

Clinica Geral - CRM/PJ 1455
CPF 220.481.083-34

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que
Fláure de Oliveira, foi vítima de
acidente de moto em 13.01.18,
com trauma grave no punho E,
com fratura completa da metacarpi-
fise distal do rádio, fratura com-
pleta da diáfise distal da ulna
e fratura nas consolidação do
processo estilóide ulnar (em Rx
feito em 26.09.18) As fraturas fo-
ram expostas. Foi submetido a
CID: S52.6

02.10.18


Dr. Maria Teresa S. M. Rezende
MÉDICA
CRM. 1455 / PJ

 TELE-SAÚDE

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

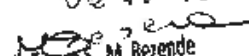
10 NOV 2018

DPVAT



e convergir com colocações de placas
metálicas. Atualmente as fraturas
estão desalinhadas e parte não conso-
lidada. Alta definitiva após 90
dias. O paciente apresenta, no mo-
mento de formidade do punho, atro-
fia muscular ++/4+ da antebraço E,
rigidez do punho, déficit funcio-
nal da mão, com parestesia de
dois dedos (3º e 4º). As atividades
da vida diária, estão prejudica-
das em 60%.

Obs: laudo de Rx do punho e esp. de
do anexo (26.09.18)

02.10.18

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





Ultra-X
Credibilidade em diagnósticos médicos

PACIENTE: FLAVIO DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLICITANTE: SEM SOLICITACAO

IDADE: 26A 3M 20D

SEXO: M

PEDIDO: 476494

CÓD. PAC.: 571018

DATA: 26/09/2018

RADIOGRAFIA DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO

RELATÓRIO:

- Redução da densidade óssea regional.

- Sinais de fratura progressa consolidada da região metaepifisária distal do rádio com deformidade, esclerose e leve angulação anterior do seu fragmento distal.

- Fratura completa da região diafisária 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 progressa consolidada da metaepifise distal do rádio com deformidade e leve angulação anterior do seu fragmento distal.

- Fratura completa da diafise distal da ulna com desalinhamento dos seus fragmentos.

- Fratura completa simples não consolidada do processo estilóide ulnar.

DR ANTONIO LOBAO VERAS FILHO
RADIOLOGISTA
CRM: 2697

Emitido em: 27/9/2018 às 9:14 - Pedido: 476494 - Paciente: FLAVIO DE OLIVEIRA

Página 1 de 1

Dr. Alexandre S. Mota CRM-4537	Dr. Ana R. C. Correia CRM-5071	Dr. Antônio Lobão V. Filho CRM-5497	Dr. Celia C. D. Gomes CRM-8339	Dr. Cláudio A. A. Palma CRM-2034	Dr. Francisco C. de S. Neto CRM-1062	Dr. George C. Rodrigues CRM-5881	Dr. Francisco E. de A. C. Soares CRM-5912	Dr. Francisco Araújo CRM-4649
Dr. Mai L. L. Mendes CRM-5172	Dr. Luciene R. M. H. Brito CRM-5240	Dr. Joyce D. Omet CRM-4724	Dr. Joyce Brito CRM-4659	Dr. Luciano P. Dias CRM-1084	Dr. Ernesto de O. Pereira CRM-1163	Dr. Roberto R. M. Gomes CRM-2440	Dr. Tereza C. Cardoso CRM-5454	Dr. Wagner M. Brito CRM-1542

• ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul
• ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica, 318, Jockey
• ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã Rocha, 1436, 2º andar, Jockey

3194.5555
clinicaultrax.com









NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

Paciente: **FLAVIO DE OLIVEIRA**
Nascimento: 07/06/1992



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. Glauson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEST 10604

Teresina, 08/06/2018

Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO
CRM 2775

Clínicas 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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO VICTOR MARTINS LIMA

RG nº 3433431, data de expedição 10/10/16

Órgão SSP-PR, portador do CPF nº 061.114.473-5, com

domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DOB 88 CASA-05 BAILEO SACU, 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/CG 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

Antonio Victor Martins Lima

Assinatura do Declarante

FLAVIO DE OLIVEIRA

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

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 3ª Circunscrição - Teresina - Piauí
Teresina-PI - CEP 64.048-007 / fone: (085) 3304-2199 e-mail: cartorio@pi.jus.br
Selo Notário de Oliveira Souza - Tabelião Interm. Portaria nº 399/2017 - FJ/PCO/3EX/COJ Teresina-Piauí

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO VICTOR MARTINS LIMA

EM TEST. 4 DA VERDADE, DO L.F.E. TERESINA, 01/03/2018 10:29:46

LARISSA FREITAS SOARES DA COSTA - ESCRIVENTE
Emit. 3,71 T.J. 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,70

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas, Registro e Judiciais

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº AB8-003890



PI CORRETORA DE SEGUROS
19 ABR 2018
DEVAT



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

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, Nº 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

autenticação mecânica

(86) 9.9404-4764 (86) 9.8405-3573

recorte aqui (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

836200000005.544900170008.000000003988.675609150056





Estado de Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



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 de Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Ponto de referência	13 Nome			
Dados do Paciente	14 Idade	15 Sexo	16 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
	17 Tipo de ocorrência	18 Outros			
Tipo de Ocorrência	19 Tipo de ocorrência				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow = 15				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Hospital de Destino	27 Pulso				
	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinares	29 Dor				
	30 Fratura				
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
35 Observações Interdisciplinares					
36 Responsável pela recepção					
37 Assinatura do Médico					
38 Assinatura do Enfermeiro					



2051117

CREDISHOP

FLAVIO DE OLIVEIRA
RUA SAO MIGUEL, 4595-1
SANTA LUZIA - O
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

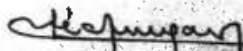
Abaixo, estão relacionados, seu Limite de Crédito e o Dia de Vencimento de seu Extrato Mensal.

Valor do Limite de Crédito: R\$ 200,00 Rotativo ou R\$ 300,00 Parcelado
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

Atenciosamente,



Aécio Magalhães
Credi-Shop S/A

CORRETORA
DE SEGUROS

19 ABR 2018

FEVAT





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

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

ORIGINAL

Delegado de Polícia



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: Flavio 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 atenda 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.

Boemia 18 de Abril de 2018
Local e Data

**SECRETARIA
DE SEGUROS**
19 ABR 2018
DPVAT

FLAVIO DE OLIVEIRA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



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** 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

Pag. 01615/01616 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13590909





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 022*206 (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	Nome completo da vítima
	053.649.413.45	Flávio de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Flávio de Oliveira		053.649.413.45	revista
Endereço		Número	Complemento
Rua São Miguel		1595	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Santa Luzia	Barro Preto	Pernambuco	64020-040
Email		Telefone (DDD)	
		(85) 8865 7086	

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRABESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
0004		0130007288	
(Informar dígito se existir)		(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.

Barro Preto, 19 de Abril de 2018

Local e Data

FLAVIO 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00923/00924 - carta_15R - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180177847**

Vítima: **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

Pag. 01013/01014 - carta_01 - INVALIDEZ

00020507



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180177847**
Vítima: **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 LÍDER 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** 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

Pag. 01431/01432 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12737595



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

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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:

Karla Souza



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138930/18

Número do Sinistro: 3180177847

Vítima: FLAVIO DE OLIVEIRA

CPF: 053.649.413-45

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FLAVIO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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 cancela 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

FLAVIO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



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 ULNA 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 ULNA 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

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

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:

Karla Souza



CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO: 3180-1778, 47

Eu, Flávio de Oliveira,

Portador do RG nº 3324231, e CPF nº: 033.649.413-45

Endereço: RUA SÃO MIGUEL, nº 4595

Bairro: STª LUZIA, Cidade: TERESINA UF PI.

Senhores analistas, venho por
meio desta carta, solicitar a
reanálise do meu processo, pois
estou com sequelas que estão
com agravo, conforme o LAUDO
MÉDICO, JUNTAMENTE COM O RISCO X
ATUALIZADO, decorrente de um acidente
de trânsito sofrido por mim.

Local e Data: TERESINA (PI); 05/10/2018

X FLAVIO DE OLIVEIRA

(Vítima)



HOSPITAL DR. MIGUEL COUTO

FHT
FACULDADE DE HIGIENE E TUBERCULOSE

Terecine

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-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.

Dr. Nilton Vitorino de Sousa Costa
RADIOLOGISTA - CRM 3236

Rua Antonio Cayour de Miranda, 357 - Monte Castelo, Teresina-PI, CEP 64017-370
Fone: 3215-9121 / 3215-9122



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

HOSPITAL DR. MIGUEL COUTO

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina



TERESINA

NOME: FLAVIO DE OLIVEIRA
NASCIMENTO: 07/06/1992
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 Virginia de Sousa Costa
RADIOLOGISTA - CRM 3326

Rua Antonio Cavour de Miranda, 357 - Monte Castelo, Teresina-PI, CEP 64017-310
CNPJ 17.577-205/0011-09 Telefone: 86 3215-9123





Alto

NOME DO PACIENTE: Elario de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 142731

SECRETARIA
DE SEGUROS

19 ABR 2019

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".



Ortopedia



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Rodeirão - Fone: 86 3029 4872
TERESINA-PI CEP: 64010-070 CNPJ: 06.522.917/0022-02

Data: 13/01/2018 - Hora: 16:05:52

BOLETIM DE ENTRADA - BE

*NHEO 1510588
às 08:30hrs*

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FLAVIO DE OLIVEIRA		Prontuário: 142731
Mãe: ISABEL MARIA DE OLIVEIRA		Pai:
End. Resid.: RUA SÃO MIGUEL 456 - SANTA LUZIA - TERESINA - PI - CEP: 64010-010		
Nascimento: 07/06/1992	Idade: 25 anos	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	CNS: E9800488125477	Fone: 86-99539-5147
Profissão: SOFISTA	Documento: RG: 3.324.731 - SSP/PI	
S. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 645969	Data: 13/01/2018 16:05:52	Condução: SEMPRE COM CARIÓTIPO
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V039

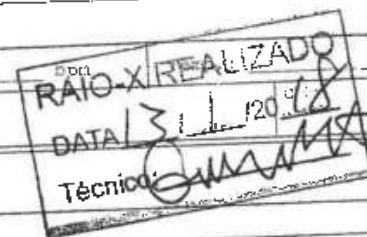
DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEIMAS	Evento Principal: Mecanismo de trauma sigla flexivo	Destino: CIRURGIAO GERAL	Classificação: Laranja
Evento Histórico: Paciente vítima de acidente de trânsito envolvendo motocicleta em 13/01/2018 às 15h30hrs, com lesões em membros superiores e inferiores, sem lesões de cabeça e pescoço.		Profissional Class. Risco: MARCOS VITOR P. DE CARVALHO FILHO CRM-PI 4792 - RCD 12501	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 16:05)

Paciente vítima de acidente motociclistico cerca das 15h30hrs, com
três áreas plúvulas, sem une de ulnar crural, luxações em
pulso direito, pulso esquerdo, punho esquerdo sob aspecto de
fratura exposta. glesseus 15; sem sinais de sangramento ativo
no momento, abd indolente à palpação; AEP sem alterações.

PA: 120/80	HR: 70	PO:
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES		
Enviado ao Centro Cirúrgico		
<p>Marcos Vitor P. de Carvalho Filho Traumatologista Ortopédico CRM-PI 4792 - RCD 12501</p>		
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		
DATA: 13/01/2018	HORA: 16:05	Procedimentos:



Sabrina Barbosa dos Santos
Assinatura Paciente ou Responsável

Joice Anne Lima Leite
Assinatura - Profissional Médico



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tiro 1820 - Redenção - Fone: 36 3229 4872

TERESINA PI CEP: 64017-970 CNPJ: 06.522.917/0022-02

Imp: 13/01/2018 16:05:52
(HELENILSA)**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FLAVIO DE OLIVEIRA		Prontuário: 142731
Mãe: ISABEL MARTA DE OLIVEIRA	Pai:	
End.Resid.: RUA SAU MIGUEL 4565 - SANTA LUZIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 07/06/1992	Idade: 25a/ma:6a	Sexo: Masculino Fone: 86-99539-5186
Responsável: O MESMO	CNS: 69800488129577	
Profissão: SOCATEIRO	Documento: RG: 3.324.231 - SSP/PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local: -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 645969	Data: 13/01/2018 16:05:52	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLISTA (MOTOC)		Convênio: S U B

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 13/01/18	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Ref: acidente com trauma de membro superior; no momento, dor, edema e ferida sangrante dorsal com exposição de tecido mole e parte de osso, necessitando de atendimento no pronto D.	
RX - Anter de Coluna Cervical D e Anter de Coluna L e T	
Proceder da procura ortopédica de nível D	
Marcos Vitor P. de Carvalho Filho Traumatologista Ortopédico CRM 17.4792 e PRO 12594	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /	
cd: encaminhado ao Centro Cirúrgico para controle de dor - NSE	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA: HUT-SAME
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: CONTROLE DE DOR	
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	





PRESCRIÇÃO MÉDICA

JOSIMARLE

NOOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP. LEITO	MEDICO ASSISTENTE
Flavio de Oliveira	142731	Ortopédica	932-Ex	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
13		HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
01				
10				
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTESICO		2:30 - Obediente em POS	
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN		de LMC + suplementar com	
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H		pio da qual por de adu-	
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H		brado E a nível de punho,	
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H		vib'na de acidente mo-	
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H		foi de tto, iniciada	
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN		orientado, pulso, perfui-	
8	CURATIVO		co, apênd: negr. brancos,	
9	CCGG + SSVV		embu'co de aleopias,	
10	gestaçao 80g 3pa 1100g 80a		medi comento pos, exen-	
			HU peripicio com fobu	
			leva, amebio grupo	
			am. 2/10/18	
			concl: 693610	
RAIO-X REALIZADO				
DATA 13/01/2018				
Técnico: J. M. L.				

HUT SAM
CONFERIDO POR
TERESINA COUTINHO
SERVIDOR
Flavio de Oliveira
142731
13/01/2018
10:10:10



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13 / 01 / 18

NOME DO PACIENTE:	Flavio de Oliveira	PRONTUÁRIO Nº:	14731
DIAGNÓSTICO:	L.M.C + Fixação de Placenta		
ANESTESIA:	Bloqueio	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	F. dos Chagas	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Estudante	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Níxon	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Solange	CPF Nº:	

F. dos Chagas R. Araújo
Otorrinolaringologista
CRM-PA 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 Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI 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 Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	PAR 300	06	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		escova	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				1 litro do	05		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				crepom	03		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				codeter 02	01		
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFII							
MONONYLON 3.0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Celulene			
PROLENE							

CONTROLE DE MATERIAL
TERESINA
13/01/18
J. dos Chagas





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Fabiano de Oliveira
Diagnóstico pré-operatório Furto exposto de punho
Operação - Tipo Furto de punho de punho + ligue
Cirurgião Fco dos Chagas 1º Assistente Estudante
2º Assistente _____ 3º Assistente _____
Instrumentador(a) Schlang Anestesiista Nelson Anestesia Bloqueio
Anestésico(a) _____

Data da Operação 13/01/18 Início 17:30 Fim 18:20

Diagnóstico Pós-operatório
Furto de punho de punho
de punho de punho

Relatório Imediato do Patologista
1. Punho de punho + punho
de punho de punho
de punho de punho

Acidente Durante a Operação

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

1. Punho de punho + punho
de punho de punho
de punho de punho
de punho de punho
de punho de punho
de punho de punho
de punho de punho
de punho de punho

HUT-SAME
CONFIRMAÇÃO
TERESINA
SERVIDOR: _____

Fco dos Chagas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-F 13920

Mod. 76 HUT

