

Browser tabs: Email, Control, Mensagem, Autores, Sistema, PJ, Consultas, 081472, Portal, Download, (33) WhatsApp, Sistema, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=529048&ca=3fa039a1ae7c27aab4689ee9e0bc794...

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

PJE ProceComCiv 0814722-98.2020.8.18.0140
ANTONIO BARROS DE LIMA NETO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

12198077 - CONTESTAÇÃO (2754109 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 29/09/2020 11:35:18

29 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12198070 - CONTESTAÇÃO
 - 12198077 - CONTESTAÇÃO (2754109 CONTESTACAO 01)
 - 12198079 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12198080 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subatos procuracao compressed web)
 - 12198082 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12198083 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9

2754109- C3/ 2020-03628/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PT 11:35 29/09/2020



29/09/2020

Número: **0814722-98.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **03/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO BARROS DE LIMA NETO (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12198079	29/09/2020 11:35	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027312

Vítima: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

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 15383631

Pag. 01035/01036 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027312

Vítima: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ANTONIO BARROS DE LIMA NETO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000075655-4**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027312 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P9 E P11).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA 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: CONTA: (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013014/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/12/2019 09:29 Data/Hora Fim: 13/12/2019 09:40
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 16/10/2019 17:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: Avenida Higino Cunha

Barro Ilhotas
Nº: 1665
CEP: 64.014-220

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: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

Nome Civil: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: CE - Acopiara

Sexo: Masculino

Nasc: 29/09/1984

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: MARIA LOPES DE LIMA

Nome do Pai: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 111.060.867-59

RG - Carteira de Identidade: 2000029122210

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO

Nº: 156

CEP: 64.017-160

Bairro: MONTE CASTELO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário: 111.060.867-59

Renavam: 00128348208

Número do Chassi: 9C2MD34008R040700

Cor: PRETA

Município Veículo: Teresina

Modelo: HONDA/XR 250 TORNADO

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NHX1573

Número do Motor: MD34E-8040700

Ano/Modelo Fabricação: 2008/2008

UF Veículo: Piauí

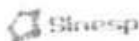
Marca/Modelo: HONDA/XR 250 TORNADO

Veículo Adulterado? Não

Delegado de Polícia Civil Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 13/12/2019 09:40
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2020 11:35:17

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092911351756000000011542016>

Número do documento: 20092911351756000000011542016

Num. 12198079 - Pág. 5



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013014/2019

Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 05/03/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
ANTÔNIO BARROS DE LIMA NETO	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição NÃO IDENTIFICADO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA. MOMENTO EM QUE AO PARAR EM UMA FAIXA DE PEDESTRE UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO COLIDIU CONTRA A TRASEIRA DA MOTOCICLETA DO COMUNICANTE QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (2494) E LEVADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA TERESINA - HTU, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO 525926 É O RELATO QUE O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrícula 0094781
Responsável pelo Atendimento


ANTÔNIO BARROS DE LIMA NETO
(Vítima - Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil Erika Mourão Melo de Aguiar
Impresso por Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 13/12/2019 09:40
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2020 11:35:17

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092911351756000000011542016>

Número do documento: 20092911351756000000011542016

Num. 12198079 - Pág. 6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA 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: CONTA: (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(v)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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº de 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	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				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	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		
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
Hospital de Destino	29 Escala de Dor de 0 a 10		30 Fratura		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
	0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar Parte inferior da guelha de um dos membros superiores com lesão por trauma, com contusão e pi...					
Socorristas		Enfermeiro		Condutor	
Médico		Condutor			
AE/TE					
Responsável pela recepção					

versão: 27.11.2011



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº de 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	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				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhum RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais		Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
Hospital de Destino	29 Escala de Dor de 0 a 10		30 Fratura		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
	0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		1 - Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Sim Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar Parte inferior da guelha de um dos quadrantes dos intestinos com um abscesso, contendo pus e...					
Socorristas		Médico		Enfermeiro	
AE/TE		Condutor		Condutor	

responsável pela recepção

versão: 27.11.2011

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:	27/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000075655-4

Nr. da Autenticação 59E31FAA000532B0





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 026150634

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	27-08-2019	163	278,83

ANTONIO BARROS DE LIMA NETO
R. PROFA MARIA DE L REGO MONTEIRO S/N 156/1 MONTE CASTELO
CPF: 00011106086759
CEP: 64.000-000 - TERESINA
ROT: 14.001.07.18.045100

DADOS DA CONTA		DADOS DA LEITURA	
Atual	6661	Atual	20/08/2019
Anterior	6498	Anterior	19-07-2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	19-09-2019
Consumo Medido	163	Emissão	19-08-2019
Consumo Faturado	163	Apresentação	20-08-2019
Forma de Faturamento	NORMAL	Código de Irregularidade	Dias de Consumo
			32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1434631		1.1.1.1	140

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	163 A R\$ 0,899153 = 146,56
JUL/19	141	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,63
JUN/19	137	PARCELAMENTO DE DEBITO 8/12	119,64
MAI/19	137	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,91
ABR/19	143	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,07
MAR/19	144		
FEV/19	162		
JAN/19	119		
DEZ/18	0		
NOV/18	0		
OUT/18	0		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 163 - 0,645305

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04-05-2019. O não pagamento poderá acarretar cancelamento da unidade consumidora e a SECEM. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
07/2019	259,43	

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

RESERVADO AO FISCO 56B9 348B 5A3B D2AB B15A 4029 6F9B 403C									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$				
Distribuição:		30,81		Base de Cálculo:		146,56		114,31	
Energia:		59,51		Alíquota ICMS:		22,00%			
Transmissão:		10,06		Valor do ICMS:				32,24	
Encargos:		4,92		Valor do PIS:		1,40%		1,61	
Tributos:		41,26		Valor do COFINS:		6,49%		7,41	
RECAPITULANDO CONTINUIDADE									
		DIC				TIC			
		Mensal		Trimestral		Anual		Mensal	
		Unidade		5,31		10,63		21,25	
		Encargos		0,00					
		Consumo		0,00					
		Período de Faturação:		06/2019				114,31	
		Consumo		TERESINA - MACAURA				48,5	



equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/96

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 031895626

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

CONTA MÊS
DEZEMBRO/2019

VENCIMENTO
31/12/2019

CONSUMO (kWh)
127

TOTAL A PAGAR (R\$)
117,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.30.14.045000

Atual:	14139	24/12/2019
Anterior:	14012	25/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	23/01/2020
Consumo Medido:	127	23/12/2019
Consumo Faturado:	127 FCAM	24/12/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo: 29
Código de Irregularidade:		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	154

Mês/ano consumo	CONSUMO 127 A R\$ 0,847425 = 107,62
NOV/19 143	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 9,65
OUT/19 177	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,40
SET/19 162	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,90
AGO/19 158	
JUL/19 151	
JUN/19 154	
MAI/19 140	
ABR/19 143	
MAR/19 153	
FEV/19 204	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 127 - R\$ 633612

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
11/2019 149,73

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de
energia elétrica a partir de 06/01/2020. O não pagamento por
dará origem também a inclusão do nome do consumidor na
SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
esta notificação.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitals e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyelly Maere de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.802.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Barros de Lima Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 333.060.867-59

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Antônio Barros de Lima Neto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 333.060.867-59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: de Almeida</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Terexim</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CPF: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99472959</u>

Local e Data: Terexim - Piauí 36.01.2020

Kyelly Maere de Oliveira
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitals e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyelly Maere de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.802.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Barros de Lima Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 333.060.867-59

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônio Barros de Lima
Neto

inscrito (a) no CPF sob o Nº 333.060.867-59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: de Almeida</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Terexina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CPF: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99472959</u>

Local e Data: Terexina - Piauí 36.01.2020

Kyelly Maere de Oliveira
Assinatura do Declarante





NOME DO PACIENTE: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 525926

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





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

Ortopedia

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 16/10/2019 18:28:54
(User: GILBERTO)
(Estação: CONSULPA03)

Nome: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO		Prontuário: 525926	
Mãe: MARIA LIDIA LOPES LIMA	Pai:		
End.Resid.: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 29/09/1983	Idade: 36a0m17d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99847-7905
Responsável: GEANE	CNS:		
Profissão: AUTONOMO	Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO		
G. Instrução: NAO informado	E.Civil: Ignorado		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 746821	Entrada: 16/10/2019 18:04:54	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
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: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

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 VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM CAPACETE. QUEIXA-SE DE OMBRO DIREITO.	
A: VIA AEREA PERVIA. B: MV+, SRA. C: BNF, RR, 2T, SS, FC= 85 BPM. PULVE ESTÁVEL, ABDOME INOCENTE; D: GLASGOW: 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADES PRESERVADAS; E: ESCORIAÇÕES EM TORNOZELO ESQUERDO.	

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

Exames Complementares: (1336625) - OMBRO DIREITO RX - Inten Denuda de Tabela Mesa D	R. X. R. IZADO DATA 16/10/19 HORA TÉCNICO: [Assinatura]
---	--

Prescrição Médica: Ch: Intenção para Tratamento Cirurgico Marcos Vitor P de Carvalho Filho Traumatologia Ortopédica CRM-14732 1608 12501

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

[Assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 16/10/2019 18:28:53



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 16/10/2019 18:28:54

(GILBERTO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO		Prontuário: 525926	
Mãe: MARIA LIDIA LOPES LIMA		Pai:	
End.Resid.: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 29/09/1983	Idade: 36a0m17d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99847-7905
Responsável: GEANE		CNS:	
Profissão: AUTONOMO		Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO	
3. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 746821	Data: 16/10/2019 18:04:54	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ :__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

Tereza Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferir com Original

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ :__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2020 11:35:17

<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092911351756000000011542016>

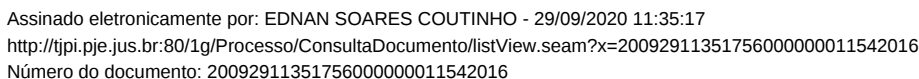
Número do documento: 20092911351756000000011542016



HOSPITAL URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Teresa Raquel Pereira de Souza Lopes
Matricula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original





(HOSP) LDE

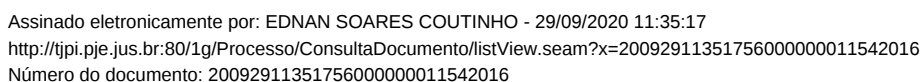
PRESCRIÇÃO MÉDICA

525926

200

[illegible]

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confira com Original



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Antônio Soares de Lima Neto IDADE 36 anos DATA 18/10/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 18 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Prot. OUPRO DIV. CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>143/83</u>	<u>134 X 83</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>116</u>	<u>120</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97%</u>	<u>96 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Antônio</u>	

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u>med</u>

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
18:50 Admitido na SRPA em PÓS de sua cirurgia
para fratura em umbra D. submetido a redução em
bloqueio. Consciente, calmo, acordado, respirando a
com 97% sat. FC em ritmo limpo.

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Contato: 011-2244-2244

RAIO X REALIZADO
 DATA 18/10/2019 HORA 21:05
 TÉCNICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGEM () GRAFICOS ()

[] [1] [2] [3] [] EMERGÊNCIA PED. UT: [] PED [] NEURO [] GERAL [4] [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

25 29 25

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

4-CNES

5828856

24988

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

7-CNS:

8-Nascimento: 29/09/1983

9-Sexo: Masculino

6 - Prontuário: 525926

11-Mãe: MARIA LIDIA LOPES LIMA

13-Resp: GEANE

12-Fone: 86-99847-7905

14-Cor: Sem Informação

15-End: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - CEP: 64069-990

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente com fratura
no osso longo do braço
verificada através de RX

21 - Condições que justificam a internação:

tratamento cirúrgico

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

fratura do osso e radiologia

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

24-CID Prim:

S422

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:
0408060190

27-Procedimento Solicitado:

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

Tempo SUS
3

29-Clinica:

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

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

YURI JIVAGO FELIX

34-Data Solicitação:

18/10/2019

Dural Tereza Nunes Leal
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636
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 Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

39-CNPJ Seguradora:

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo
Matrícula 859234
SAME HUT
Confere com Orig.

40-No.Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Yuri Jivago Felix

Usuário: KARLA BATISTA
Consulta Local: 746821
Consulta SUS:
Impressão: 18/10/2019 17:57:48





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18, 10, 2009

NOME DO PACIENTE:	FRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO:	CPF Nº
AUXILIAR:	CPF Nº
ANESTESIA:	CPF Nº
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 6.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Eletrodo: 05 Oxais: 03 Caneta de suture: 01 Furadeira: 01			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	03			Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SANE - HUT Conferência Original			
FITA UMBILICAL							
VICRYL 0	01						
PROLENO							
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE: Renno			

MOD. 94





**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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	249884

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO	6 - Prontuário: 525926
7-CNS:	8-Nascimento: 29/09/1983 9-Sexo: Masculino
11-Mãe: MARIA LIDIA LOPES LIMA	NAO INFORMADO
13-Resp: GEANE	12-Fone: 86-99847-7905
15-Ender: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - CEP: 64069-990	14-Fone: 86-99847-7905
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64069-990

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	31-Cod.Procedi- mento Especial 0702031003	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: SPINE			
38-Profissional Responsável: YURI JIVAGO FELIX	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass.Carimbo (Rg. Conselho) Durval Tercio Nanes Leal ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 CRM-MA 3636	
39-Data Solicitação: 18/10/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 001.663.217-61		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Muita cautela e Parafusos
na placa para fixar
proteção óssea*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 18/10/19	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização: Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME HUT Confere original	49-Ass.Carimbo (Rg. Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 18/10/19	52-CNS/CPF:
	53-Ass.Carimbo (Rg. Conselho) Luiz Edison dos Santos CRM-PI 1995 CRM-MA 3636	





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Antonio Carlos de Lima Jr</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura Unco Groenland</i>		
Operação - Tipo <i>fratura de unco</i>		
Cirurgião <i>João</i>	1º Assistente <i>Dr. Durval</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista <i>Dr. [illegible]</i>	Anestesia <i>RA + Sedação</i>
Anestésico(a)	<i>Dr. [illegible]</i> 1072 CPF: 014.546.173-43 COOPANEST-PI	
Data da Operação	Início <i>16:45</i>	Fim <i>18:45</i>
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

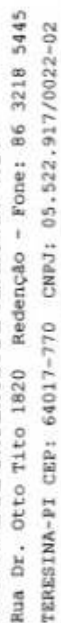
Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

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

- 1. preparo - antissepsia m. J.D*
- 2. acesso Delto - tubul ao ombro D*
- 3. Redução - fraco fratura unco*
- 4. a fratura transposta*
- 5. fechamento do tubo*
- 6. curativo*

Mod. 76 HUT





PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 70620 - Em: (17/10/2019)

[illegible]

CUIDADOS GERAIS

—

Jose Ferreira Neto
 Juiz de Direito do Poder Judiciário
 CRM 1558
 CPF 006.897.373-08

XCT

INCIDENTE - ACIDENTE





NOME: Antonio Barros de Lima Neto PRONTUÁRIO: _____ IDADE: ENFERMARIA/LEITO: _____

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MINÍMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 4/10/2019

SINAIS VITAIS							ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18											
24											
06											

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo
Matrícula: 059234
SAÚDE FMT
Confere com Ona

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:		CONTROLE:		MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
* PERCEIÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma				ALTO RISCO AR < 12			
* UNIDADE (Múltiplo): 1-Completamente 2-Muito 3-Ocasionalmente 4-Nenhuma				MEDIO RISCO MR: 12 a 14			
* ATENÇÃO: 1-Acamado 2-Cadeira rodas 3-Ando Ocasionalmente 4-Nenhuma				BAIXO RISCO BR > 14			
* MOBILIDADE (Limitação): 1-Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma				CLASSIFICAÇÃO			
* NUTRIÇÃO: 1-Muito pobre 2-Mediocasta 3-Adequada 4-Exceleste							
* FRECÇÃO E CISCALHAMENTO: 1-Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhum Problema							
TOTAL:							
ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):							
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0							
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0							
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade / Parede - 30 / Muletas / Bengala/Andador - 15 Nenhum/Acamado/Auxílio/Profissional/Seguro - 0							
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0							
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sensibilização, acamado, cadeira de rodas - 0							
6. ESTADO MENTAL: Supervisionado/parcialmente / Equilibrado - 15 / Orientado / Capacitado a sua capacidade / Limitado - 0							
TOTAL:							
CONTROLE:							
SEM RISCO SR: 6-24							
BAIXO RISCO BR: 25-40							
ALTO RISCO AR: > 41							
CLASSIFICAÇÃO:							

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso () Glasgow: AO/RV/RM = _____	
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Parestesia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor	
3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O ₂ () Com O ₂ : _____	
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () JT () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros: _____	
5. Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()	
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros: _____	
7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integro () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () LPPs	
8. Hidratação: () JVP _____ () AVC _____ () Outros: _____	
9. Drenos: () Suctor _____ () Torácico _____ () DVE () Kher () Penrose () Outros: _____	
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematuria () 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: () Negativa () DM () HAS () HAS () Outros, Quais? _____	
12.4: Medicamentos de uso contínuo: _____	





Yuri Jiu Jitsu
Ortopedia Traumatologia
CRN 141 1308

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO BARROS DE LIMA NETO** (Prontuário: 525926)
Endereço: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 29/09/1983 Idade: 36a0m22d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 249884
Requisição: 1013889 Solicitação: 18/10/2019 Solicitante: YURI JIVAGO FELIX
Controle: 1338461 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 02

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 18/10/2019

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva no colo do umero fixado por placa metálica.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 21/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME HUT
Confere em Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO BARROS DE LIMA NETO** (Prontuário: 525926)
Endereço: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 29/09/1983 Idade: 36a0m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746821
Requisição: 1013029 Solicitação: 16/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1336626 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 16/10/2019

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na cabeça do umero.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 21/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

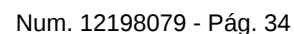
CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME HUT
Confere com Original



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		Nº 013604757052	
DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		EXERCICIO 2019	
VIA 1		COB. RENAVAM 00128348208	
1515 0058 5943 5812 1420 7800 9543 8421 0455 0603 7319		NOME ANTONIO BARROS DE LIMA NETO ***** ***** ***** ***** ***** ***** ***** ***** *****	
PLACA NHX-1573		CHASSI 9C2MD34009R040700	
11106086759		CPF / CNPJ *****	
PLACA ANT. / UE *****		ESPECIE TIPO GASOLINA	
FAB / MOTOCICLE / NENHUMA		COMBUSTIVEL GASOLINA	
HONDA / XR 250 TORNADO		ANO FAB 2008	
ANO MOD 2008		COR PREDOMINANTE PRETA	
CATEGORIA PARTICU		VENC. / COTAS 1º IPVA	
02P / 02490C		2º PAGO	
COTA UNICA		3º	
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
PREÇO ANUAL (R\$) SEGURO		PREÇO TOTAL (R\$)	
SEM RESTRICOES		OBSERVAÇÕES	
TERESINA		15/03/2019	



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023234/20

• **Vítima:** ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

CPF: 111.060.867-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO BARROS DE LIMA NETO : 111.060.867-59

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: 16/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Barros de Lima Neto
RG: 2000029122210 Órgão Emissor: SSP-CE
CPF: 333.060.867-59 Nacionalidade: Brasileira
Est. Civil: Solteiro Profissão: Autônomo
Endereço: R. Propa - Moura de L. Reis Monteiro Nº 356/1
Bairro: Monte Castelo Cep: Cidade/UF: Teresina-Piauí
Telefone: (86) 98807-7870 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () ()

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

Vítima: Antonio Barros de Lima Neto
CPF: 333.060.867-59 Data do Acidente: 16/10/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina, Piauí, 30/10/2019
Local e data

Antonio Barros de Lima Neto
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua 13 de Maio, 1223 - Centro - CEP: 64020-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0100 - E-mail: atendimento@teresiananotario.com.br
Título: Cartório Gonçalves de Sampaio Pinheiro

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO BARROS DE LIMA NETO. DOU FE. EM TEST. Ver DA VERDADE. Selo: AAR71243-HNNH
Teresina-PI, 30/10/2019.
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritora Autorizada
Emel: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 167
PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sene
Escritora Autorizada

ARTICULO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023234/20

Vítima: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

CPF: 111.060.867-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO BARROS DE LIMA NETO : 111.060.867-59

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: 16/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

