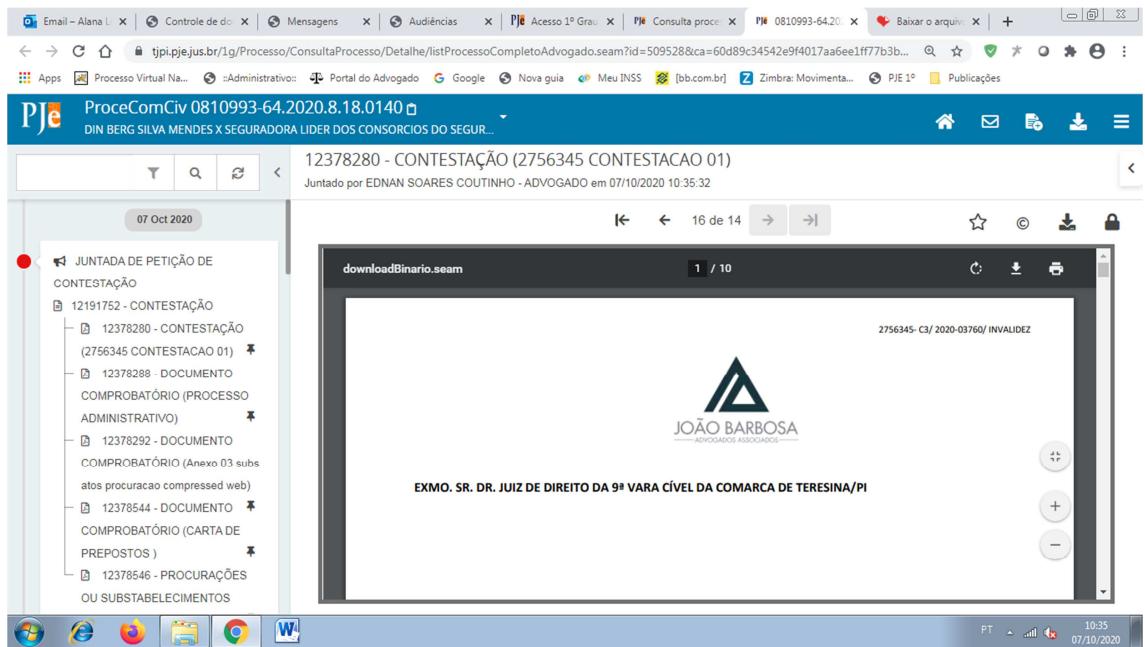


Screenshot of a web browser showing a digital document viewer for a legal proceeding. The main content is a scanned document from 'JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS' regarding a court case. The document header includes the case number '12378280 - CONTESTAÇÃO (2756345 CONTESTACAO 01)' and the date '07/10/2020 10:35:32'. The left sidebar shows a tree view of the document structure, including various attachments and their file numbers. The bottom status bar shows the date and time as '07/10/2020 10:35'.



12378280 - CONTESTAÇÃO (2756345 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/10/2020 10:35:32

07 Oct 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

12191752 - CONTESTAÇÃO

- 12378280 - CONTESTAÇÃO (2756345 CONTESTACAO 01)
- 12378288 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 12378292 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 12378544 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 12378546 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2756345- C3/ 2020-03760/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PT 10:35 07/10/2020



Número: **0810993-64.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **08/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.318,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DIN BERG SILVA MENDES (AUTOR)	JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	
RAIMUNDO NONATO LEAL MARTINS (INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12378 288	07/10/2020 10:35	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

cepetorial
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
ENERGIA

cepisa

Para contato
comercial, informe
novo NÚMERO: → **SEU CÓDIGO**
1622179-6

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 5-1
Regime especial de impostos autorizado pela SUIAZ 00/98

Nº da Nota Fiscal **021658920**

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	21-05-2019	30	20,18

JOAO DE DEUS MELO
R. SERRA BRANCA 2799 6223/2 B-URBANO
CPF: 000007889526334
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 9.001.75.36.334500

DATAS DA LEITURA

	kWh		
Atual:	363	Atual:	14/05/2019
Anterior:	337	Anterior:	12-04-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	12-06-2019
Consumo Médio:	26	Emissão:	13-05-2019
Consumo Faturado:	30	Ajustamento:	14-05-2019

Forma de Faturamento: **MINIMO** Código da Interpoladade: **32** Dias de Consumo: **32**

Classe/Subclasse	Ligação	Hábito Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2090177	1.1.1.1	23	

HISTÓRICO kWh				DESCRÍPCAO DA CONTA
Mês/ano	CONSUMO	30 A R\$ 0,672839 =	20,18	
ABR/19	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,13	
MAR/19	2			
FEV/19	0			
JAN/19	0			
DEZ/18	26			
NOV/18	15			
OUT/18	20			
SET/18	0			
AGO/18	37			
JUL/18	66			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
*GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 CEP: 64.002-470
Teresina - PI

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO DE FALTA DE PAGAMENTO

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de
04/2019 20,20 energia elétrica a partir de 27-05-2019, em função das contas
revisadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também o
corte do fornecimento de energia elétrica. Informamos ainda existir um consumo revisado e já reajustado(s) no
valor de R\$ 00,45 (valor histórico). Caso tanto preulado o pagamento falso desconsidere este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 1A74.9184.F7C7.B463.7110.35D6.66E9.162A

CONTROLE DE CONTA - R\$ IMPOSTOS/REFORÇOS - R\$

Distribuição	5,45	Base de Cálculo	20,18
Energia	10,51	Alíquota ICMS	
Transporte	1,77	Valor do ICMS	
Energoxic	0,87	Valor do PIS	1,40%
Rebisco	1,58	Valor do COFINS	0,28

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DC	PC	DMC	DMO			
	Mês	Trimestre	Ano	Mês	Trimestre	Ano	Mês
Último	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
Realizado	0,00			0,00		0,00	
Conjunto	TERESINA				Período de apuração	03/2019	20,46

ROT: 9.001.75.36.334500

cepetorial
ENERGIA
cepisa

SEU CÓDIGO **1622179-6** TOTAL A PAGAR - R\$

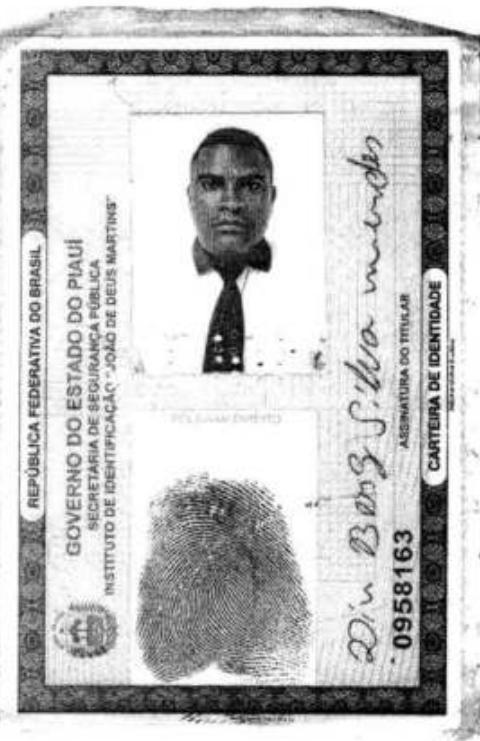
MÊS FATURADO **05/2019** VENCIMENTO **21-05-2019**

Nº da Nota Fiscal: **021658920** FICAM

83630000000 4 20180017000 7 000000001622 0 17960519008 3

SEQ.: 00091 UC: 1622179-6 DT.LEIT.: 14/05/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 363 MINIMO TOTAL: 20,18 CARGA: 035







DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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)

Capitais 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

Eu, Wagner meireles Ressa

RG nº 216.644 data de expedição 25/09/78

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 106.080.103-59,

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. Joaquim Ribeiro, nº 939,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Din Buzg Silva meireles, cujo o condutor era

Din Buzg Silva meireles.

Veículo: moto Modelo: YAMAHA/1515 CRYPTO Ano: 2013

Placa: LVP-6303 Chassi: 9C6KE1560E0032293

Data do Acidente: 24/04/19

Local e Data: Teresina-PI 08/08/2019

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

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

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECOSENHO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WAGNER MEIRELES
PESSOA. DOU FE. EM TEST.
Teresina-PI, 08/08/2019. Selo: AAHO9808-WTFD
www.tjpi.jus.br/portalextra

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE
Endr: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 78
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Aurea Leticia Santos Silva
Escrevente Autorizada





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, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190489094 **Vítima: DIN BERG SILVA MENDES**

Data do Acidente: 24/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIN BERG SILVA MENDES

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\$ 1.181,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: DIN BERG SILVA MENDES

Valor: R\$ 1.181,25

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000019398-0

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, retorno 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,



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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190489094

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIN BERG SILVA MENDES

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, contados 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 14911279

Pag. 00411/00412 - carta_01 - INVALIDEZ



00440206



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:35:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035313930000011710826>
Número do documento: 2010071035313930000011710826

Num. 12378288 - Pág. 5



Dados do Chamado	01 N° do chamado 3902	02 Data do chamado 24/04/19	03 PRO (código) 8905	04 Saída do PA 7:50	05 Chegada ao local 8:05
Local da Ocorrência	06 Saída do local 8:18	07 Chegada ao 1º hospital 8:33	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	10 Endereço AV: Joaquim Nelson	11 Bairro Briceal 1	12 Município-UF TO	Código IBGE 6513	
Dados do Paciente	13 Ponto de referência deposito mateus:	14 Nome DIN Berg Silva Mendes	15 Sexo 1 - Masculino	1 - Feminino 2 - Feminino 9 - Ignorado	1
	16 Idade 43	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte	01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espacamento 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 2	20 Meio de locomoção 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 9-Ignorado	21 Outra parte envolvida 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Ônibus/Micro-ônibus 6-Outro 9-Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 5-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. Sat02 97	25 Local da lesão
	26 Pupas 1-Iguals 2-Desiguais	27 Pulso Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Sangramento 1-Sim 2-Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa	30 Fratura 1-Sim 2-Não 3-Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino H. U. T				<input type="checkbox"/> Não Removido
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro	1-Sim 2-Não	20 AGO 2019 CENTE SEGURADORA S.A. Rua Castro de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
	<p>paciente motociclista vítima de colisão com moto, apresentando fratura em gengiva do quadril, com ferimento contante lado esquerdo na mesma região do quadril + escurasões em M.M.:</p>				
	Socorristas Médico AE/TE	M. M. M.	Enfermeiro Condutor	Edvaldo	
	Responsável pela Recepção Edvaldo				
	Versão: 27.11.2011 CORON - PI 2011				



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 00.840.749/0001-49 | Insc. Estadual: 11.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Logomarca especial da impressora autorizada pela SERNAT/06/96

Para consulta
vencimento, informe
seu número >>> **SEU CÓDIGO**
0957468-9

CONTA MÊS: **JULHO/2019** VENCIMENTO: **10-08-2019** CONSUMO (kWh) **529** TOTAL A PAGAR (R\$) **549,53**

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00078375478344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.32.019300

DATA DA LEITURA	DATA DA LIUTURA
Atual: 14090	26/07/2019
Anterior: 13561	26-06-2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 27-08-2019
Consumo Médido: 529	Emissão: 25-07-2019
Consumo Faturado: 529	Apresentação: 26-07-2019

Forma de Faturamento: **NORMAL** Código da Iniquidade: **00000000000000000000000000000000** Dias de Consumo: **30**

CLASSE/SEÇÃO	LIGAÇÃO	NÚMERO MEDIDOR	PODA	CÓDIGO FAL.	MÉDIA 12 MESES
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	540

HISTÓRICO 12M		DESCRIÇÃO DA CONTA	
JUN/19	539	CONSUMO	529 A R\$ 0,934456 = 494,32
MAI/19	538	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO5IP)	39,88
ABR/19	560	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	1,60
MAR/19	418	MULTA POR ATRASO 05/19-00	10,05
FEV/19	596	JUROS POR ATRASO 05/19-00	3,68
JAN/19	526	ADICIONAL BANDEIRA ANARELA -	6,84
DEZ/18	455		
NOV/18	595		
OUT/18	597		
SET/18	636		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 529 - 0,52000			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Início do consumo: subite a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-08-2019. O seu pagamento pode ser encerrado também a inclusão do nome do consumidor na lista, caso tenha efetuado o pagamento falso desconsiderar este aviso.

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RESERVADO AO FISCO	BF08.824B.92AF.3842.7A32.5D72.A688.5A00	COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Desb/água:	97,20	Base de Cálculo:	494,32	360,85	
Energia:	187,86	Aliquota ICMS:	27,00%		
Transmissão:	31,77	Valor do ICMS:		133,44	
Encargos:	15,55	Valor do PIS:	1,40%	5,08	
Impostos:	161,94	Valor do COFINS:	6,46%	23,40	

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE

DE	PR	DEIC	DECI
Novo:	Novo:	Novo:	Novo:
5,31	10,63	21,25	3,11
6,23	12,45	3,03	
0,00	0,00	0,00	

Confira: **TERESINA-MACAUBA** Prazo de vencimento: **05/2019** DUE: **190,50**





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:
860.902.833-04 Din Berg Silva mender

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

5 - Nome completo: Din Berg Silva mender	6 - CPF: 860.902.833-04		
7 - Profissão: autônomo	8 - Endereço: R. Serra Branca	9 - Número: 2799	10 - Complemento:
11 - Bairro: Penasenca III	12 - Cidade: Teresina	13 - Estado: PI	14 - CEP: 60.000-000
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 19398
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTRATO DE INDENIZAÇÃO
VERIFICADO

20 AGO 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

VERIFICADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003027/2019-30

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

Data/Hora: 09/08/2019 - 10:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

5422 88

24/04/2019 - 07:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Endereço

AV. JOAQUIM NELSON, Nº

Complemento

Ponto de Referência

DEPOSITO MATEUS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DIN BERG SILVA MENDES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1952346 PI

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES

Pai: RAIMUNDO NONATO MENDES

Endereço: RUA SERRA BRANCA, Nº 2799

Bairro: RENASCENÇA III

Cidade: TERESINA

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 YAMAHA/T115 CRYPTON K. PLACA LVP-6303-PI, COR LARANJA, RENAVAM 00996271465, PROP. DE W MEIRELES PESSOA CARROS E MOTOS ME, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO, PROVOCANDO A QUEDA DA VITIMA. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 258909), DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL


DIN BERG SILVA MENDES - Noticiante
Responsável pela Informação



Fluxo: 1 - 2019-08-09 10:08 - 00000000000000000000000000000000

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:35:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710353139300000011710826>

Número do documento: 20100710353139300000011710826

Num. 12378288 - Pág. 9



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, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190489094

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DIN BERG SILVA MENDES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00129/00130 - carta_02 - INVALIDEZ



00020065

Carta nº 14752393



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:35:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035313930000011710826>
Número do documento: 2010071035313930000011710826

Num. 12378288 - Pág. 10

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:
260.902.833-04 *Din Berg Silva mender*

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

5 - Nome completo: *Din Berg Silva mender* 6 - CPF: *860.902.833-04*
7 - Profissão: *autônomo* 8 - Endereço: *R. Serra Branca* 9 - Número: *2799* 10 - Complemento:
11 - Bairro: *Penasencas III* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *64.000-000*
15 - E-mail:
16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *3389*

CONTA: *19398*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO DE INFORMAÇÕES DE INDENIZAÇÃO

20 AGO 2019

INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

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

34
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, *Teresina - PI 19.08.2019*
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *22in Berg Silva mender*
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:35:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035313930000011710826>
Número do documento: 2010071035313930000011710826

Num. 12378288 - Pág. 12

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190489094**

Nome do(a) Examinado(a): **DIN BERG SILVA MENDES**

Endereço do(a) Examinado(a): **R SERRA BRANCA - Teresina - PI - CEP 64011-630**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1952346**

Data e local do acidente: [**24/04/2019**]

AV JOAQUIM NELSON S/N DIRCEU ARCOVERDE I - PROX DEPOSITO MATEUS

Data e local do exame: [**03/09/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50º), EXTENSÃO (ADM 40º), ABDUÇÃO (ADM 60º) E ADUÇÃO (ADM 20º) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

% do dano: 10% residual (X) 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

4º pododáctilo esquerdo

% do dano: 10% residual (X) 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIN BERG SILVA MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000019398-0

Nr. da Autenticação 895342173B848CC9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:35:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035313930000011710826>
Número do documento: 2010071035313930000011710826

Num. 12378288 - Pág. 15

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190489094**

Nome do(a) Examinado(a): **DIN BERG SILVA MENDES**

Endereço do(a) Examinado(a): **R SERRA BRANCA - Teresina - PI - CEP 64011-630**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1952346**

Data e local do acidente: [**24/04/2019**]

AV JOAQUIM NELSON S/N DIRCEU ARCOVERDE I - PROX DEPOSITO MATEUS

Data e local do exame: [**03/09/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50º), EXTENSÃO (ADM 40º), ABDUÇÃO (ADM 60º) E ADUÇÃO (ADM 20º) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

% do dano: 10% residual (X) 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

4º pododáctilo esquerdo

% do dano: 10% residual (X) 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIN BERG SILVA MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000019398-0

Nr. da Autenticação 895342173B848CC9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:35:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035313930000011710826>
Número do documento: 2010071035313930000011710826

Num. 12378288 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190489094 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIN BERG SILVA MENDES **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50º), EXTENSÃO (ADM 40º), ABDUÇÃO (ADM 60º) E ADUÇÃO (ADM 20º) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/09/2019

Conduta mantida:

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total		8,75 %	R\$ 1.181,25	





NOME DO PACIENTE: Dinil Borges Silva Mendes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 258909



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

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O 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

*Urgência
ORTOPEDIA*

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

*WIT 0
24/04/19 16:30*

Imp: 24/04/2019 08:53:17
 (User: MATHEUS VILARINHO)
 (Estação: CONSULPA03)

Nome: DIN BERG SILVA MENDES		Prontuário: 258909
Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES	Pai: RAIMUNDO NONATO MENDES	
End. Resid.: QD 9, CS 38 B - RES. REDONDA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 01/06/1976	Idade: 42a10m23d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9404-8157
Responsável: LUCIANA RIBEIRO GOMES		CNS: 898003438285217
Profissão: ELETRICISTA		Documento: RG: 1952346 - PI
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 718403	Entrada: 24/04/2019 08:32:37	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Objetivo 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:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	Laranja

Breve História Clas. Risco: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR NO QUADRIL COM LESÃO SANGRANTE EM FIE. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA, DOR EM MMII.	SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 24/04/2019 08:38:03
--	---

SSVV: (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: QUEDA DE MOTO HA 40 MINUTOS. REFERE DOR EM QUADRIL ESQUERDO. *O EXAME: A: VA PERVEAS COM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RÍGIDA B: MVUA SEM RA, SATURANDO BEM EM AR AMBIENTE C: BNF, RCR, 2T. PA 140/100. SANGRAMENTO ATIVO EM FLANCO ESQUERDO EM LESÃO PERFORANTE D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOFOTOREAGENTES SEM DEFICITS MOTORES F: PELVE ESTAVEL, ABDOME INOCENTE. PRESENÇA DE LESÃO PERFURANTE EM FLANCO ESQUERDO	<i>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 20 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Oliveira 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-420 Teresina-PI</i>
--	---

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares: (1201974) - QUADRIL ESQUERDO (1201975) - Perna Esquerda (1201976) - PELVE	RAIO-X RÍGIDO DATA: 24/04/19 Técnico: <i>[Assinatura]</i>
--	--

Prescrição Médica: PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

<i>[Assinatura]</i>

Assinatura Paciente ou Responsável

[Assinatura]
 MATHEUS VILARINHO SERRA
 CRM 7423 Em: 24/04/2019 08:53:16





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 237626

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

199140

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	237626

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIN BERG SILVA MENDES	6 - Prontuário: 258909		
7-CNS: 898003438285217	8-Nascimento: 01/06/1976	9-Sexo: Masculino	RG: 1952346 - PI
11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES			12-Fone: 86- 9404-8157
13-Resp: LUCIANA RIBEIRO GOMES			14-Cor: Parda
15-Ender: QD 9, CS 38 B - RES. REDONDA - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Tinção, dor e limitação em movimento
à erg.

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura de ilíio

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

Fratura



23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do ilíio

24-CID Prin:

S323

25-CID Sec.:

26-CID C.Ans.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod.Proced.: 0408040254	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO	Tempo: SUS 10
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: 02 33-CNPJ Empresa: 01 34-CPF: 217.817.218-07	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	34-Data Solicitação: 24/04/2019	
35-Asse.Cabrimbo Med.Sol.(CRM):		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
(<input type="checkbox"/>) Empregado (<input type="checkbox"/>) Empregador (<input type="checkbox"/>) Autônomo	Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SANTOS/SP Residente	(<input type="checkbox"/>) Aposentado	(<input type="checkbox"/>) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
	16/05/19	

48-Documento: (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (LAO TSE) Consulta Local: 718403 Consulta SUS: Data: 04/05/2019 10:17:22
--	--

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 199140 AIH: 2219100289110
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE 707006855976435 DIN BERG SILVA MENDES	NASCIMENTO 01/06/1976	SEXO M	PRONTUÁRIO 258909
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8681096750	NOME DA MÃE MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA CAMUCIN		NUMERO / LOTE 2621	
BAIRRO	COMPLEMENTO RENASCENCA III	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NA BACIARX E TC EVIDENCIAM FRATURA DA ILIACO ESQ TRATAMENTO DE INICIO CONSERVADOR INTERNADO PARA ANALGESIA E CONTROLE DE SANGRAMENTO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO ESPECIALIZADO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO RX E TC

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S323 - FRATURA DO ILIO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408040254 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA LUXAÇÃO FRATURALUXAÇÃO DISJUNÇÃO DO ANEL PELVICO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CRM))
CARÁTER URGÊNCIA	CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO CRM: 77632702334
DATA ADMISSÃO 24/04/2019 08:32	MOTIVO ALTA 28/04/2019 09:00 MELHORADO



CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 46261079315	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM: DATA ANALISE: 03/05/2019 11:03:47 CPF: DATA ANALISE:
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
É O MELHOR
É O ORIGINAL





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Dim Beira S. M. Mendes

Diagnóstico pré-operatório

Fract. Iliáno

Operação - Tipo

R.A.F.T

Ornulário

Fernando Castro

1º Assistente

2º Assistente

✓

3º Assistente

Instrumentador(a)

✓

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

✓

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Preparo sob naq. anestesia
- 2) Preparo hab. rva
- 3) Siz ilíaco exp + dissecação
- 4) Redução
- 5) Fechamento com preod + polifusos
- 6) Hidratação c/ 500 ml.
- 7) Sutura
- 8) Curativo



*DR. Fernando Castro - C. de Oficina
DR. Fernando Castro - Técnico de Radiologia*

*Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: A7590
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
Din Borg Silva Mendes					158909	
DATA: 26/04/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARÁXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 21mmt 2 3					1. Midazolam 1mg EV 2. Fentanil 75ug EV 3. BSA 100ug quicuete n= 25 vcl nocaína 0,5% pesada 12mg + morfina 80ug.
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					SEQUÊNCIA
TEMPERATURA T	C° 38	260	500	500	500	
P. ARTERIAL V O PULSO		240	500	500	500	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		200	98°	100°	97°	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		180				
RESPIRAÇÃO O		160				
SÍMBOLOS		140				
DURAÇÃO						
TÉCNICAS	Geóquios Subaracnoides					INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	Cor cir frat retro Pétrice - Fixação					
CIRURGIÕES	Dr. Fernando					duílacs
ANESTESISTAS	Dra. Milena R. Bezerra					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARTICULARIDADES						

MOD 76 - HUT

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: AT390
SAMC-HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/04/19

NOME DO PACIENTE: <u>Din Berg Silva Mendes</u>		PRONTUÁRIO N°: <u>258909</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGÃO:	<u>Dr. Fernando Pinto</u>	CPF N°:
AUXILIAR:		CPF N°:
ANESTESIA:	<u>Dr. Milena</u>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	<u>Raquel</u>	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 8,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	DEPARTAMENTOS DE SERVIÇOS OPRAT	UNID.	-
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	CONTEÚDO NÃO PERMITE USO	UNID.	02
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	20 AGO 2019	UNID.	
JELCO N°	UNID.	01		elétrodo	AGENTE SECURADORA S.A.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	03	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Escovas p/ desgeração			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Gel p/ placa do bisturi mg	20		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Dreno p/ sucção 4x4	..	04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	..	02				
FITA UMBILICAL	0	..	0*	ENFERMARIA:			
VICRYL	0	..	02	CIRCULANTE: Nervos			
PROLENE							



**COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM****PACIENTE - Nome:** Ren Berg Silva Mendes**Nº AIH:** 037626**Nº do Prontuário:** 258909 **Data da Internação:** / /**Procedimento Médico Realizado:** 0408040254**Indicador de Compatibilidade:** 0702030937**MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome:** Dr. Fernando**CRM Nº** _____ **CPF Nº** _____**DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL:** 26/04/19 **DATA DA ALTA:** / /

Código Ropm Nº	Descrição do Material (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx-103</u>	<u>02 placas de reconstrução de 4,5 mm de 5 e 6 furos</u> <u>parafusos corticais nº 18</u> <u>nº 22(03)</u> <u>nº 24</u> <u>nº 26</u> <u>nº 28</u> <u>nº 32(03)</u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 26 de Abrial de 2019Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Renália*Dr. Fernando
Ortopedista e Reabilitador
CNPJ 11.111.111/0001-11**Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*



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	237626

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	DIN BERG SILVA MENDES			6 - Prontuário:	258909	
7-CNS:	898003438285217	8-Nascimento:	01/06/1976	9-Sexo:	Masculino	
11-Mãe:	MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES			12-Fone:	86- 9404-8157	
13-Resp:	LUCIANA RIBEIRO GOMES			14-Fone:	86- 9404-8157	
15-Ender:	QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - CEP: 64000-010					
16-Munic:	TERESINA		17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
					19-CEP:	64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408040254	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030937	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Sollicitada: 2
Fornecedor da OPM: PIMMES		

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF	 Fernando Couto de Oliveira Cirurgião Dentista CRM-PE 11913
39-Data Solicitação: 26/04/2019	40-No. Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07	41-Assessoria Lmbo Med.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Nature do iúca

AUTORIZAÇÃO		
46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-QNS/CPF: GENTE SEGUROADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 103 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Ra. Conselho)	

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPPE/...
	<u>16/05/19</u>	03. Maio de 2019 Assinatura (Rg. Conselho)

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
FRE COM O ORIGINAL





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE: SOLICITAÇÃO DE PERMANÊNCIA MENOR

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: Din Berg Silva Mendes N° PRONT: 158909 N° LAUDO: 237626

JUSTIFICATIVA

PACIENTE RESPONDEU DE FORMA SATISFATÓRIA AO
TRATAMENTO OFERTADO, COM MELHORA CLÍNICA
CONSIDERÁVEL.

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

[Signature]
Médico Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Gestor Zepaco - HUT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS.
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

[Signature]
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

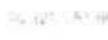
AUDITOR

DATA: 16/05/19

ASSINATURA DO AUDITOR

[Signature]
Dra. Manoel da Silva Leal
Prestadora de Serviços (PDS) / CRM / FMS
Matrícula: 17518-04
CRM: 95022
Data: 16/05/19

[Signature]
Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47590
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





23/6/20

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

199540

**AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	237626

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIN BERG SILVA MENDES	6 - Prontuário: 258909		
7-CNS: 898003438285217	8-Nascimento: 01/06/1976	9-Sexo: Masculino	RG: 1952346 - PI
11-Mae: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES			12-Fone: 86- 9404-8157
13-Resp: LUCIANA RIBEIRO GOMES			14-Cor: Parda
15-Ender: QD 9, CS 38 B - RES. REDONDA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NA BACIA
RX E TC EVIDENCIAM FRATURA DA ILIACO ESQ
TRATAMENTO DE INICIO CONSERVADOR
INTERNADO PARA ANALGESIA E CONTROLE DE SANGRAMENTO

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO ESPECIALIZADO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405, Bento C
Centro Sed/Verte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

EXAME CLINICO RX E TC

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

Fratura de outras partes da coluna lombossacra e da pelve e de partes não

S328

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408040289	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPIFISE FEMORAL	Tempo SUS: 8
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF 776.327.023-34	31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação: 24/04/2019
		35-Ass.Carimbo Med.Soc.(CRM): <i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Cirurgião CRM-PI 3054</i>
36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete: 41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa: 44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: ()CNS ()CPF	49-Num. Documento: <i>Juan Luís Mendes de Mesquita Matr. 27390 SAMER/UT CONFIRA COM O ORIGINAL</i>

Assinatura Paciente ou Responsável:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Usuário: (CAIO VAZ)
Consulta Local: 718403
Consulta SUS:
Impressão: 24/04/2019 10:54:28





PRESCRIÇÃO NORMATICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:35:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035313930000011710826>
Número do documento: 2010071035313930000011710826

Num. 12378288 - Pág. 32



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Din Berg Silva menites IDADE anos DATA 26/04/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA GERAL / TRAQUEA / BLOQUEIO / PERIDURAL / SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Fratura em pelve CIRURGIANO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>110 / 56</u>		<u>117 x 51 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>70</u>		<u>84 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>97</u>		<u>96 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (0°C)			<u>11</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Silvana</u>		<u>silvana</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Aoresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> DRENO DE SUÇÃO	<input type="checkbox"/> DRENO TORACICO	<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIA	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT SONDA VASOSG. INASOC
hs	mL	hs	mL	hs	20 AGO 2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:	<u>Paciente admitido no PDI de parto de pelve, nega labios, ferimento</u>
-------------------------	---

RAIO-X REALIZADO	
DATA	<u>26/04/2019</u>
Técnico:	<u>J</u>

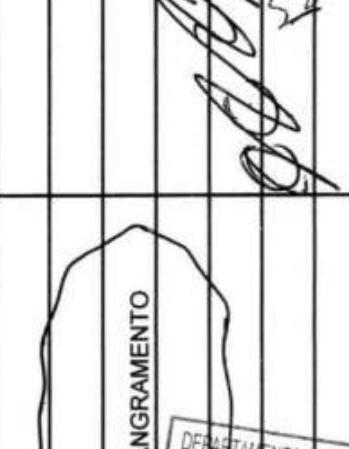
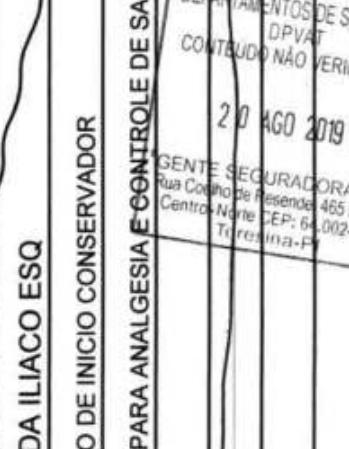
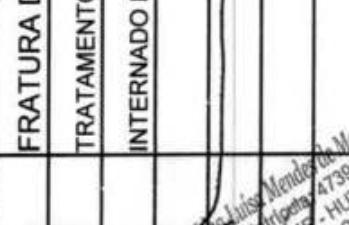
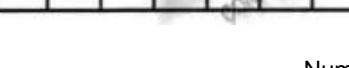
RESSCRIÇÃO MÉDICA	<u>Joana Luisa Mendes de Mesquita</u> Matrícula: 47390 SAMU - HUT COM O ORIGINAL	ALTA SRPA 11/04/2019 HORÁRIO	<u>Dr. Alvaro Regino C. de Melo</u> CRM-PI 3986 / RQE 2836 Médico Anestesiologista ANESTESIOLOGISTA
-------------------	---	------------------------------------	--

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRAFICOS []

[] [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD]



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DIN BERG SILVA MENDES		258909	Ortopédica	233	238	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES / ALERGIAS	
24/04/19 # ILLACO ESQ					15:30h - Paciente encaminha- do para o Posto 11 - Sistema de triagem 2000. S/Opus de sintomas de coração e pulmão e tem d/pe - até 19h contabilizadas 14	
1 DIETA LIVRE						
2 SF 0,9% 1000 ML EV EM 24H						
3 DIPIRONA 1G - 2CC + AD EV 6/6H						
5 TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H						
6 TRAMADOL 100MG 01 AMP + 250ML SF EV 8/8H						
7 CUIDADOS GERAIS						
8 Cefalotina 0,5g - 01/08	Dr. Caco Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRMPI 3054					
9						
FRATURA DA ILLACO ESQ						
TRATAMENTO DE INÍCIO CONSERVADOR						
INTERNADO PARA ANALGESIA E CONTROLE DE SANGRAMENTO						
						
						
						
						
						
						
						

**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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:35:31
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035313930000011710826
Número do documento: 2010071035313930000011710826

PRESCRIÇÃO MÉDICA No. : 40095 - Em: (24/04/2019)

Novo/Reidamento	Promotor/Prontuário:	Paciente:	Dr. Hasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
718403	256909	DIN BERG SILVA MENDES	01/06/1976	SALA VERDE			MATHEUS VILARINHO SERRA				
				Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:						
<p>Evolução: QUEDA DE MOTO HÁ 40 MINUTOS REFERE DOR NO QUADRIL ESQUERDO SOLICITO RADIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA</p> <p>Horas: 08:52</p>											
Seq.:	Descrição Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
	ORAL TIPO ORAL ZERO,										
Dieta											
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML			1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
2	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL			1,00	Ampola	EV	SN				

HUT DR ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Bas. a S/C
DATA: 24/04/2019
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Bas. a S/C
DATA: 24/04/2019

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA
DATA 24/04/19
MÉDICO ZENON ROCHA
EXAME: US abd totip.
LAUDO PROVISÓRIO

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47380
SAMU - HUT
CONFERE COM O 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: **DIN BERG SILVA MENDES** (Prontuário: 258909)
Endereço: QD 9, CS 38 B - RES. REDONDA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/06/1976 Idade: 37a3m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 312717
Requisição: 326804 Solicitação: 07/06/2013 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 416475 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/06/2013

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura na base da falange proximal do 4º pododactilo sem desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 12/09/2013

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 12/09/2013 18:54:32



Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 17390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:35:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035313930000011710826>
Número do documento: 2010071035313930000011710826

Num. 12378288 - Pág. 37



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:	DIN BERG SILVA MENDES	(Prontuário: 258909)
Endereço:	QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	01/06/1976	Idade: 42a10m23d
	Sexo: Masculino	Origem: URGÊNCIA/EMERG
Requisição:	946698	Solicitação: 24/04/2019
Controle:	1202062	Convênio: S U S
		Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 24/04/2019

T.C. DE BACIA

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMINUTIVA NA PORÇÃO ANTERIOR DA ASA DO ILÍACO ESQUERDO.
- ÁREAS DE EDEMA E ENFISEMA NAS PARTES MOLES LATERAIS DA PELVE À ESQUERDA (SUBCUTÂNEO E PAREDE MUSCULAR)
- ARTICULAÇÕES COXO-FEMURAIS E SACRO-ÍLIACAS COM SUPERFÍCIE E ESPAÇO ARTICULAR PRESERVADOS.
- AS RELAÇÕES ENTRE OS ACETÁBULOS E AS CABEÇAS FEMURAIS SÃO NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LESÕES EXPANSIVAS OU OSTEONECROSE.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 24/04/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47380
 SAME/HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL





PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE <i>Din Bery Silva mender</i>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autônomo</i>
Identidade nº: <i>1.952.346 SSP/PI</i>	CPF nº: <i>860.902.833-04</i>	
Endereço: <i>R. Serra Branca n: 2799 Ruas encravadas</i>	Teresina	
CEP: <i>64.000-000</i>	Telefone: <i>(86) 99982-3093</i>	Piauí

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: <i>1.457.994-SSP/PI</i>	CPF/MF nº: <i>703.754.703-44</i>	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: <i>64.019-330</i>	Telefone: <i>(86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055</i>	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE (X)** **INVALIDEZ PERMANENTE, ou () DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 24/04/19 para a Vítima Din Bery Silva mender

Timon-MA 09.08.2019

Local e data



Din Bery Silva mender

- Vítima ou Representante Legal -



Cartório do 1º Ofício
Timon-MA

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Din Bery Silva mender
Em Testemunha
Timon (MA), 09/08/2019
Ruth Maria de Oliveira
Encarregada Substituta

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285880/19

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

CPF: 860.902.833-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/04/2019

Titular do CPF: DIN BERG SILVA MENDES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

DIN BERG SILVA MENDES : 860.902.833-04

Autorização de pagamento
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 chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:35:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010071035313930000011710826>
Número do documento: 2010071035313930000011710826

Num. 12378288 - Pág. 41

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190489094 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIN BERG SILVA MENDES **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

P5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190489094 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIN BERG SILVA MENDES **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

P5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00





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)

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu maria do carmo prudomio da Silva

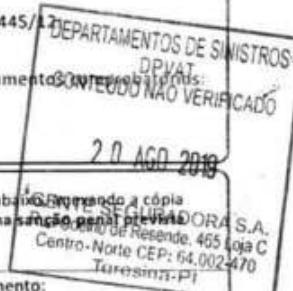
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703-111, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Din Berg Silva mendes inscrito (a) no CPF sob o Nº 860.902.833-04

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Din Berg Silva mendes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 860.902.833-04, 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 Lider-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 Henrique Dias</u>	Número:	<u>790</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Vermelha</u>	Cidade:	<u>TERESINA</u>	Estado:	<u>PI</u>	CEP:	<u>64019-330</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	<u>(66) 99982-3093</u>

Local e Data: TERESINA-PI 19-08-2019

maria do carmo prudomio da Silva
Assinatura do Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190489094 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIN BERG SILVA MENDES **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50º), EXTENSÃO (ADM 40º), ABDUÇÃO (ADM 60º) E ADUÇÃO (ADM 20º) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/09/2019

Conduta mantida:

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total		8,75 %	R\$ 1.181,25	

