

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe) for a legal proceeding.

The title bar shows the URL: [tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/DetalleProcessoCompletoAdvogado.seam?id=553805&ca=ec62128eb5adf03262513b4f5e5494c...](https://tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/DetalleProcessoCompletoAdvogado.seam?id=553805&ca=ec62128eb5adf03262513b4f5e5494c...)

The main content area displays a document titled "downloadBinario.seam" (page 1 / 10) for case number 2757399-C3/2020-03814/ INVALIDEZ/DAMS. The document header includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE TERESINA/PI".

The left sidebar shows a tree view of the legal documents attached to the case, including:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 12412913 - CONTESTAÇÃO
  - 12412918 - CONTESTAÇÃO (2757399 CONTESTACAO 01)
  - 12412922 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2757399 CONTESTACAO Anexo 02)
  - 12412923 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 12412925 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 12412926 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The bottom status bar shows the date and time: 08/10/2020 12:01.



Número: **0801721-62.2020.8.18.0167**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Teresina Sudeste Sede Redonda Cível**

Última distribuição : **01/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Perdas e Danos**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVONETE CARVALHO VIEIRA (AUTOR)	CELSO THALYSSON SOARES E SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12412 922	08/10/2020 12:00	<a href="#"><u>2757399_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

---

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **IVONETE CARVALHO VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180468025**  
Vitima: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU**  
Data do Acidente: **29/03/2015**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180468025**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13445253





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

MENOR

GUSTAVO IVAN VIEIRA

DE ABREU

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

Nome completo		CPF da Vítima	Profissão
IVONETE CARVALHO VIEIRA 65560039349		EMPREGADA DOM.	
Endereço	RUA ALTO DO BODE, PIAU CAPITAS	Número	Complemento
Estado	PI	CEP	QURU PI
Email		Telefone (DDD)	
64090-250			

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

- CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **3389** D/V **2625** D/V  
(Informar dígito se existir)

- CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

**FJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

**TERESINA (PI) 04 de OUTUBRO de 2018**

Local e Data

05 OUT 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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

595 v. 1.0



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000284/2018-31

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 18/01/2018 - 18:14

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	29/03/2015 - 19:00
Type Local	Bairro
VIA PÚBLICA	REDENÇÃO
Município	
TERESINA	
Endereço	Ponto de Referência
QD 09, N°:	PARADA FINAL
Complemento	

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: IZAURA CARVALHO VIEIRA	Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante
RG: 1878596 SSP PI	
Endereço: RUA CARAJÁS, Nº 939	
Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO	
Cidade: TERESINA	
Nome: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU (12 ANOS)	Tipo Envolv.: VÍTIMA
Endereço: RUA CARAJÁS, Nº 939	
Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO	
Cidade: TERESINA	

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

#### Natureza(s) da Ocorrência

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/NXR150 BROS ESD, COR PRETA, PLACA OEB-0874-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO FOI ATINGIDA POR UMA MOTO, QUE INVADIU A PREFERENCIAL; QUE, SEU SOBRINHO, GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU, ERA PASSAGEIRO DE SUA MOTO E FOI VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL, SENDO SOCORRIDO POR MISAELEM GOMES PEREIRA, RG: 2571260 SSP-PI, E LEVADO AO HUT (PRONTUÁRIO 354194). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

*Francileude Lima Cordeiro*  
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

*IZAURA CARVALHO VIEIRA*  
IZAURA CARVALHO VIEIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE TABREU** | CPF da Vítima: **MENOR** | Data do Acidente: **20/03/2015**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: **IVONETE CARVALHO VIEIRA** | CPF do Representante legal: **65961059340**  
Email: **ivonetecarvalho.vieira@gmail.com** | Telefone (DDD): **(86) 9.9999-0000**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de pagamento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

05 OUT 2018

DPVAT

**TERESINA (PI) 04 de OUTUBRO de 2018**

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME  
**GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU**

MATRÍCULA  
078980 06 55 2005 1 00001 278 0000278-17  
(LIVRO A: 1 TERMO: 278 FOLHA: 278)

Vífilma  
memor

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

NOVE DO MÊS DE JULHO DO ANO DE DOIS MIL E CINCO

DIA	MÊS	ANO
09	07	2005

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO  
02:45 TERESINA/PI

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

TERESINA-PI

LOCAL DE NASCIMENTO

UNIDADE DE SAÚDE WALL FERRAZ

SEXO

MASCULINO

FILIAÇÃO

MÃE: IVONETE CARVALHO VIEIRA  
PAI: GUMERCINDO PIMENTEL DE ABREU

AVÓS

AVÔ MATERNA: FILOMENA DE CARVALHO VIEIRA  
AVÔ MATERNO: FRANCISCO HENRIQUE VIEIRA  
AVÔ PATerna: FRANCISCA PIMENTEL DE ABREU  
AVÔ PATerno: GUMERCINDO JOSÉ DE ABREU

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

QUATORZE DO MÊS DE SETEMBRO DO ANO DE DOIS MIL E  
CINCO

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO  
VIVO

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Nome do Ofício: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

Oficial(A): IVONE ARAÚJO LAGES

Município: TERESINA-PI

Endereço: RUA 7 DE SETEMBRO N° 417 CENTRO



2ª VIA

Maria Caroline Araújo Lages  
Assinatura do Oficial  
3º Cartório do Registro Civil  
Teresina-PI

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
06 FEV 2018

DPVAT  
ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
 Rue Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

*ATOS DECLAR.*

SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU		Prontuário: 354194
Mãe: IVONETE DE GARVALHO VIEIRA	Pai:	
End. Resid.: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREIÇÃO - TERESINA - PI - CEP: 64000-070		
Nascimento: 09/07/2005	Idade: 9a:8m:20d	Sexo: Masculino Fone: 86-8137-1427
Responsável: FILOMENA DE CARVALHO VIEIRA		CNS: 898002303681458
Profissão: ESTUDANTE	Documento:	
E. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 462610	Data: 29/03/2015 19:19:27	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		Convênio: SUS
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	El. Saúde: Não
		Trauma: Não
		Maus Tratos: Não

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: ZEDAS	Evento Principal: Deformidade	Destino: CONSULTORIO URGÊNCIA	Classificação: Verde
Breve História: PERTENCE A MOTOCLISTA, APRESENTANDO TRAUMA EM MSE.		Ass. Profissional Acolhimento: 	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

PA: ____ mmHg	P脉: _____	PF: _____ bpm	Temp.: _____
---------------	-----------	---------------	--------------

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*080715*  
PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

06 FEV 2018

DPVAT  
ORIGINAL

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o procedimento:

DATA: / / HORA: : :

Procedimento CID

Assinatura Paciente ou Responsável

*Dr. Hugo José Sales*  
Ortopedia e Traumatologia  
Agendamento para **Vertebral** Médico  
CRM 3638 TEOT 12572



J CORRETORA  
DE SEGUROS

05 OUT 2018

DPVAT



Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ  
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

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

---

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

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

---

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

RUA BOA VISTA, 497, -CEDRO

CEP: 64.450-000

MONSENHOR GIL-PI

---

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1367200-6	08/2018	21/07/2018 a 21/08/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
39	25/08/2018	R\$ 32,09

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão da segunda via de pagamento não será cobrada





**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

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

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

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

**IVONETE CARVALHO VIEIRA**

RUA CARAJAS, N°939, R, ALTO DO BODE ,B-GURUPI

CEP: 64.090-250 TERESINA -PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO	PJ CORRETORA DE SEGUROS
1467200-6	08/2018	21/07/2018 a 21/08/2018	0 5 OUT 2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	DPVAT
30	25/08/2018	R\$ 22,09	

**OBSERVAÇÕES**

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

(86) 9 8867-8941 / (86) 9 8805-7535  
 (86) 9 9404-4764 / (86) 9 9999-0117  
autenticação mecânica  
rebote aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO  
PIAUI**



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

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

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1467200-0	08/2018	R\$ 22,09

836200000005.544900170009.000000003988.675609150056





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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 205.927.213.53,  
na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário GUSTAVO IVAN VIEIRA inscrito  
(a) no CPF sob o No 031.005.393-40, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
GUSTAVO IVAN VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o No 039.610.593-49, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: RECLUSO-ME Renda: RECLUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:  
RECLUSO-ME

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	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Boa Vista</u>	<u>Monsenhor Gil</u>	<u>457</u>	
<u>CEDRÔ</u>		<u>PT</u>	<u>04.450-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>magnorjessyka@hotmail.com</u>	<u>(80) 9.8894-0609</u>	<u>(86) 9.9929-0057</u>	
Local e Data			
<u>TERESINA/PI</u> de <u>OUTUBRO</u> de <u>2018</u>			
F J CORRETORA DE SEGUROS			

05 OUT 2018

X

Maria de Fátima de Paiva Boa Vista

Assinatura do Declarante

**DPVAT**



Declaração do Proprietário do Veículo

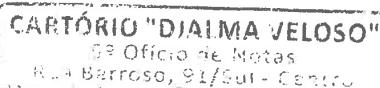
Eu, IZAURA CARVALHO VIEIRA,  
 RG nº 1.878.596, data de expedição 07/09/2010,  
 Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 637349.033-49, com  
 domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
PIAUI, onde resido na (Rua Avenida Estrada)  
RUA ALTO DO BODE, ALTO DA POSSUPEGA, nº 939.

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 GUSTAVO ILAN VIEIRA DE ABREU, cujo o condutor era

IZAURA CARVALHO VIEIRA,  
 Veículo: PAS MOTOCICLO NENHUMA,  
 Modelo: HONDA INXR ISO BROS EDS.,  
 Ano: 2012,  
 Placa: DEB-0899,  
 Chassi: 9C2KD0540CR 544926,  
 Data do Acidente: 29/03/2018,  
 Local e Data: TERESINA(PI); 18/01/2018.

*X* izauro carvalho vieira  
 Assinatura do Declarante

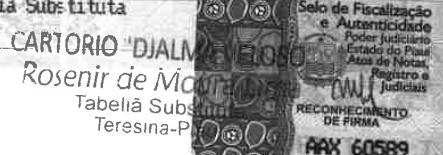
*X* izauro carvalho vieira  
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS  
 Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabeliã  
 Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-9665

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: IZAURA CARVALHO VIEIRA.  
 DOU FE. EM TEST. Maria do Amparo Portela Leal de Araújo. TERESINA-PI, 18/01/2018.  
 Enc. 3,60 TJ:0,72 Selo: 0,25 Total: 4,57 Selo: AAX.60589 (F410P314)

ROSENIR DE MOURA LIMA-Tabeliã Substituta



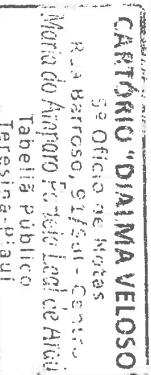
PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS

06 FEB 2018

DPVAT  
 ORIGINAL



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS  
 Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabeliã  
 Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-9665





NOME DO PACIENTE: Gustavo Ivan Vieira de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 354.194

ORIGINAL

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

06 FEV 2018

DPVAT

**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”.





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

DO PARA SOLICITAÇÃO I  
DE INTERNAÇÃO HOSAIH : 221519023541-4  
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Órgão Emissor: M221100001

NASCIMENTO  
09/07/2005

Identificação do Estabelecimento : GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

Nome do estabelecimento solicitante : D.LIBERAZ 06/04/2015

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

DT. LAUDO : 20/03/2015

PROCED. : 0408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA

Nome do estabelecimento executant

OP.SIST: LUPINHA

CID : S422

Medico Auditor DR CARLOS

CRM-PI 1028 - CPF: 096.572.903-68

CNS 0223705601300008

Ass. MEDICO RESPONSÁVEL

Código da  
Internação:

130737

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

Nome: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

6 - Prontuário: 354194

CNS: 898002303681458

8-Nascimento: 09/07/2005

9-Sexo: Masculino

12-Fone: 86-8137-1427

11-Mãe: IVONETE DE CARVALHO VIEIRA

14-Cor: Parda

13-Resp: FILOMENA DE CARVALHO VIEIRA

15-Ender: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREIÇÃO - CEP: 64000-070

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-07

16-Munic: TERESINA

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

*Pra se caí no solo*  
*an. sur.*

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S422

27-Procedimento Solicitado:

J408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO

30-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02 01 CPF 978.762.163-15

PJ CORRETORA DE SEGUROS

Tempo: 500

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA

29/03/2015

06 FEV 2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-Nº BILHETE:

41-Série:

37-( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

CBOR:

38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

06/04/15

Marcondes Martins S. Moura  
Médico Auditor - FMS - Teresina

CRM-PI 1050 - CNS 17026395120001

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

48-Documento:

49-Num. Documento:

Usuário: (RAIMUNDA FRASCO

Consulta Local: 462610

Consulta SUS:

Impressão: 29/03/2015 20:14:44

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Afonso de Oliveira Veredas*

 <b>IDO PARA SOLICITAÇÃO DE DE INTERNAÇÃO HÓSP.</b>		<p style="text-align: right;">09-0-CR155071 R22100001 ir (AIH)</p> <p>AIH : 221510025155-1 UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)</p> <p>NASCIMENTO 09/07/2005</p> <p>GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU</p> <p>D.LIBERA: 14/04/2015 DT. LAUDO : 05/04/2015 PROCED. : 0408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / OP.SIST: CLIDENOR CID : 8422</p> <p><i>131235</i></p> <p>Código da Internação: <b>131235</b></p> <p>5828856</p>		
Identificação do Estabelecimento de Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TE</b> Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>		<p>131235</p>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
11-Nome: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU		6 - Prontuário: 354194		
12-NSS: 898002303681458 S-Nascimento: 09/07/2005 9-Sexo: Masculino		12-Fone: 86-8137-1427		
13-Mae: IVONETE DE CARVALHO VIEIRA		14-Cor: Parda		
14-Pesp: FILOMENA DE CARVALHO VIEIRA				
15-Endere: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - CEP: 64000-070		17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-070		
16-Munic: TERESINA				
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO</b>				
<p>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</p> <p><i>Do. defasada e impotencia funcional em ambos (E) 7º PO c/ perda de medo</i></p>				
<p>21 - Condições que justificam a internação:</p> <p><i>Trauma</i></p>				
<p>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</p> <p><i>Fratura da extremidade superior do úmero</i></p>				
<p>23-Diagnóstico inicial: Fratura da extremidade superior do úmero</p>				
<p>24-Cód.Proced.: 0408020334 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERIO</p>				
<p>25-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 217.817.218-0</p>				
<p>33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Sol. Intervenção: 05/04/2015</p>				
<p>FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA</p>				
<p>35-Preencher em caso de causas externas (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) 06 FEV 2018</p>				
<p>36- Causa: 37- CNPQ Seguradora: 38-Data Bilhete: 39-Setor:</p>				
<p>36- Acidente de Trânsito 37- CNPQ Seguradora: 38-Data Bilhete: 39-Setor:</p>				
<p>36- Acidente Trabalho Típico 37- CNPQ Empresa: 38-Data Expresso: 39-Setor:</p>				
<p>36- Acidente Trabalho Trajeto</p>				
<p>36- Incêndio com a Previdência: Empregado: Empregador: Autônomo Desempregado Aposentado</p>				
<p>AUTORIZAÇÃO</p>				
<p>40-Profissional Autor. Zedar:</p>		<p>41-Data Autor. Zedar: 140414</p>		
<p>42-Ident.: 43-Num. Documento:</p>				
<p>44-Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Filomena de carvalho</i></p>				

*Marcos Matins S. Moura  
Médico Auditivo CRM-PI 120539512002  
CRM-PI 120539512002 (Rg. Conselho  
de Medicina de São Paulo - SP)  
Concessão: 05/04/2015 10:21:07*



HT

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA



Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 31/03/15

OLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<u>Gustavo Ivan S. Alencar</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>352194</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fract. de Tímero E</u>	CIRURGIA:	<u>Jixacap</u>
ANESTESIA:	<u>Dr. Fernando L. de Oliveira</u>	Nº DA SALA:	<u>08</u>
CIRURGÃO:	<u>Dr. Fernando L. de Oliveira</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM-PI 3467 - TEOT 11913</u>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<u>Dr. Fernando L. de Oliveira</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM-PI 3467 - TEOT 11913</u>	CPF N°:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Fabiano L. de Oliveira</u> <u>Médico</u> <u>CRM-PI 3467 - TEOT 11913</u>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Dr. Fabiano L. de Oliveira</u> <u>Dr. Fabiano L. de Oliveira</u>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº 7.0	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº 8.0	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>150ml</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>150ml</u>	
ALGODÃO	BÓLA	—		PVPI TÓPICO	ML	<u>150ml</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>30cm</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
SCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>01</u>	
GASES	PAC.	<u>03</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº <u>90</u>	UNID.	<u>01</u>		Crepom	UNID	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Bruxismo</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

Dr. Fernando L. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 3467 - TEOT 11913

PROBRETERRA  
DE SEGUROS

36 FEV 2018

DPVAT

ORIGINAL

MOD. 94



RENTABIL

	ORIGEM: <input type="checkbox"/> HALL POSTO: CLÍNICA: EMERGÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F			
	DIA	MÊS	ANO					
NOME: <u>Gustavo Ivan de Araujo</u> PÓS OPERATÓRIO								
CIRURGIA REALIZADA: <u>Fistula de píntos (lego preenchido)</u>								
DATA: <u>05.04.15</u>		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>10:40</u>						
TIPO ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>								
S.V.R	ADMISSÃO	HORÁRIO						SAÍDA
		15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	
P. ARTERIAL								
F. CARDIACA	<u>172</u>							
F. RESPIRATORIA								
TEMPERATURA								
OXÍMETRIA	<u>100%</u>							
NOME/ MATRÍCULA	<u>Vamus</u>							
2- EXAME FÍSICO								
ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM – REGULAR – RUIM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA	
CONSCIÊNCIA								
BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
ATIVIDADE MOTORA								
BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTÁRIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DObra JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL	<input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
RESPIRAÇÃO								
BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNIA/ REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
PELE								
BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
PERFUSÃO								
BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
ASPECTO CURATIVO								
BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM							
NOME/ MATRÍCULA: <u>Eng. Jano Furtado 157.347</u>								

08/07/15



HT

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA



Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 05/04/15

OLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: Gustavo Ivan Vieira Abreu PRONTUÁRIO N°:  
DIAGNÓSTICO: CIRURGIA: 6  
ANESTESIA: Bloqueo N° DA SALA: 05  
CIRURGIÃO: Dr. Fernando CPF N°:  
AUXILIAR: CPF N°:  
ANESTESIA: Dr. Armando CPF N°:  
INSTRUMENTADORA: Anaglydes CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 85	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 75	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	05		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			OCORRÊNCIA			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	08/04/2015 01 05 eletrodos e eova p/ digerir 03			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON		2,00	01	ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: Sônia			
VICRYL							
PROLENE							

MOD. 94





UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

OSPITAL DE

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 12:00:58  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010081200580110000011743569>  
Número do documento: 2010081200580110000011743569

Núm. 12412922 - Pág. 17



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Gastão Ivan Vieira

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do úmero pleno, mal (E)

Operação - Tipo

Redução + Fixação com Fíxos K

Cirurgião

Fernando Couto

Assinante DR. Bruno Freire

Ortopedia e Traumatologia

CRM-Pi 42457 / EOT 11438

2º Assinante

Fernando Couto

Assinante DR. Bruno Freire

Ortopedia e Traumatologia

CRM-Pi 42457 / EOT 11438

Instrumentador(a)

Anestesista

DR. Fernando C. de Oliveira

Ortopedia e Traumatologia

CRM-Pi 3467 / EOT 11943

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

08/07/11

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

- 1) Tore ddo sob bloqueio de pleco
- 2) Preparo habitual
- 3) Redução sob visão endoscópica
- 4) Fixação com 3 fíxos K percutâneos
- 5) Lardacem
- 6) Curativo
- 7) MJ de marca

Dr. Fernando C. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-Pi 3467 / EOT 11943

MOD. 76 - HUT





## FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO		
DATA	17/04/12	P. ARTERIAL	12Kg	PULSO	100	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGÍNEO		HEMATIMETRIA		HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA									
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA									
SISTEMA CIRCULATÓRIO									
SISTEMA RESPIRATÓRIO									
SISTEMA DIGESTIVO									
ESTADO MENTAL									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO									
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)									
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3						TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						01 Morécaris 1/2 - 1 02 Uf/120 h 1/2 - 1 03 Diazepam - 1	
TEMPERATURA T		C° 38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20					SEQUENCIA	
P ARTERIAL V O PULSO								1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X								DURAÇÃO 1:306	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO									
RESPIRAÇÃO O									
SÍMBOLOS									
TÉCNICAS		Bloqueio Iateco Serracil					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES		<-----							
CIRURGIÕES		-----							
ANESTESISTAS		Armando Rocha Pinho							
		Dr. Armando Rocha Pinho MÉDICO - ANESTELOGISTA CRM-ES 007							
PARTICULARIDADES							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		

MOD. 76 - HUT



130737



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		
Gustavo Ivan Oliveira de Abreu		
Diagnóstico pré-operatório		
Fractura - Úmero		
Operação - Tipo		
Extracção de Fratura de Úmero(E)		
Cirurgião	Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3467 / TEOF 11913	1º Assinante
2º Assinante		3º Assinante
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Elizângela	Fábio Lôbo Santos CRM-PI 3813	Dr. Fabiano Geral
Anestésico(s)		
Data da Operação	Início	Fim
31.03.15	16:00	
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Técnica sob anestesia geral
- 2) Preparo habitual
- 3) Redução sob visão radioscópica
- 4) Fixação com fios K percutâneos
- 5) Lavagem
- 6) Curativo
- 7) Telpox

Dr. Fernando C. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 3467 / TEOF 11913

MOD. 76 - HUT



# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
DATA: 31/03/25	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)			APLICADO AS		EFEITOS		
					TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 ad2 2 Sevo 3 Sufato					Ipratropil 20mg Propofol 60mg + Dexa 12,5mg Tot (55) ventilação oloroso ouler	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	34 14 35 26				SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V O PULSO							1 Ipratropil 4g 2 Dexa 12,5mg 3 Sevoflurano 4mg 4 Diprivan 4g 5 Sufato 0,5mg 6 O2 100% 0,5mg 8 Nitroglycerine 2mg 9 10 Ketalar 20mg 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							DURAÇÃO
TÉCNICAS	<i>General bolonizada</i> <i>extensão da crura proximal</i> <i>Dr. Fernando</i>				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
ANESTESISTAS	 <i>Ednan Soares Coutinho</i> <i>CRM / PI: 3813</i>						
PARTICULARIDADES	<i>?/ intramural?</i>						

MOD. 76 - HUT



Salto de Beira

Pediatrica

09/08/2015

	ORIGEM: ( )HALL POSTO: CLINICA: EMERGÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F
		DIA 09	MÊS 07	ANO 2005	
NOME: Gustavo Ivan Vieira de Abreu PÓS OPERATÓRIO					

GIRURGIA REALIZADA:

DATA: 31.03.15

HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: 17:10

TIPO ANESTESIA: Geral

HORÁRIO

S.V.R	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL										
F. CARDIACA	143									
F. RESPIRATORIA	1									
TEMPERATURA										
OXIMETRIA	100%									
NOME/ MATRÍCULA	Helena									

2- EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA
<b>CONSCIÊNCIA</b> BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INSCONSCIENTE)	( )BOM ( )REGULAR ( )RUIM						B
<b>ATIVIDADE MOTORA</b> BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTÁRIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DObra JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL	( )BOM ( )REGULAR ( )RUIM						B
<b>RESPIRAÇÃO</b> BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA/ REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA	( )BOM ( )REGULAR ( )RUIM						B
<b>PELE</b> BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANOTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE	( )BOM ( )REGULAR ( )RUIM						B
<b>PERFUSÃO</b> BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	( )BOM ( )REGULAR ( )RUIM						B
<b>ASPECTO CURATIVO</b> BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE	( )BOM ( )REGULAR ( )RUIM						B
NOME/ MATRÍCULA:	Luciane R. da C. Bezerra Enfermeira COREN-PB 09756						

Hamilton Barbosa de Sousa  
ANESTESELOGISTA  
CRM-PB 5840

ALTA DA SRPA  
MESTRE DE ENFERMAGEM  
MORARTE



### 3- DRENOS/ SONDAS E CATETERES

DÉBITOS	HORÁRIO	VOLUME	ASPECTO/ CARACTERÍSTICA
( ) SVD			
( ) SNG			
( ) DRENO DE SUCÇÃO			
( ) DRENO DE PENROSE			
( ) DRENO DE KEHR			
( ) PLEUROSTOMIA			
( ) ESOFAGOSTOMIA			
( ) GASTROSTOMIA			
( ) JEJUNOSTOMIA			
( ) ILEOSTOMIA			
( ) OUTRO			

### 4- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

17:10 Admitido na SRPA em POI de trenta e cinco minutos sob efeito de anestesia geral. Consciente, orientado, fôlego, espírito.

Luciana R. da C. Bezerra  
Enfermeira  
COREN-P169730

07/02/2020

### 5- ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO ÀS \_\_\_\_\_ HORA: ( ) CLÍNICA DE ORIGEM ( ) UTI ( ) AMBULATÓRIO ( ) OUTRO:

O paciente alta da SRPA. Encaminhado a pediatria. Fôlego, espírito, sono queirosos.

Luciana R. da C. Bezerra  
Enfermeira  
COREN-P169730



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU** (Prontuário: 354194)  
Endereço: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-070  
Nascimento: 09/07/2005 Idade: 9a:11m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 462610  
Requisição: 517500 Solicitação: 29/03/2015 Solicitante: HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA  
Controle: 654405 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 29/03/2015

#### OMOPLATA OU OMBRO

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

- Fratura do colo umeral.
- Luxação gleno-umeral.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 10/06/2015

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

OPCA K





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU** (Prontuário: 354194)

Endereço: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-070

Nascimento: 09/07/2005 Idade: 9a:11m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 462610

Requisição: 517500 Solicitação: 29/03/2015 Solicitante: HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA

Controle: 654405 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 29/03/2015

### OMOPLATA OU OMBRO

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

- Fratura do colo umeral.
- Luxação gleno-umeral.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 10/06/2015

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

080715  
Z





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU** (Prontuário: 354194)

Endereço: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-070

Nascimento: 09/07/2005 Idade: 9a:10m:4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 130737

Requisição: 518072 Solicitação: 31/03/2015 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

Controle: 655093 Convênio: S U S CLÍNICA PEDIÁTRICA - P05 ENFERMARIA 200 LEITO 083

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 31/03/2015

#### OMOPLATA OU OMBRO

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

- Fratura do colo do úmero, fixado por fios metálicos.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 13/05/2015

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 12:00:58  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100812005801100000011743569>  
Número do documento: 20100812005801100000011743569

Num. 12412922 - Pág. 26



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU** (Prontuário: 354194)

Endereço: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-070

Nascimento: 09/07/2005 Idade: 9a:9m:27d

Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO

Atendimento: 131235

Requisição: 519257 Solicitação: 05/04/2015

Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

Controle: 656567 Convênio: S U S

CLÍNICA PEDIÁTRICA - P05

ENFERMARIA 200 LEITO 083

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 05/04/2015

### OMOPLATA OU OMBRO

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

- FRATURA COMPLETA NA METÁFISE PROXIMAL DO ÚMERO, FIXADA COM FIOS METÁLICOS.
- AUMENTO DO VOLUME DAS PARTES MOLES.

(ANTONIO

TERESINA - PI 05/04/2015

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU** (Prontuário: 354194)

Endereço: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-070

Nascimento: 09/07/2005 Idade: 9a:10m:26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 467071

Requisição: 523952 Solicitação: 23/04/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 662311 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 23/04/2015

#### OMOPLATA OU OMBRO

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

- Fratura recente e nas de rarefação óssea na metáfise proximal do úmero.
- Presença de fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 05/05/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Prófissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 12:00:58  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100812005801100000011743569>  
Número do documento: 20100812005801100000011743569

Num. 12412922 - Pág. 28

# Dr. Vinicio Nascimento

vinicius@ortopediatra.com.br

09/09/18

Gustavo Juan Wies C. Alvar

Ortopedia

Relatório médico

J CORRETOR  
DE SEGUROS

05 OUT 2018

DPVAT

Paciente vítima de acidente motociclistico

Traumatologia

em 09/09/2015. Apresentava politrauma com suspeita de óssea proximal esquerda.

Ortopedia  
Pediátrica

Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico com fixação percutânea de óssea proximal.

Paciente manteve ósteo consolidação com porcentagem de 50% de fuso e sobre, por questões dolorosas. Pode ser ósteo regenerado definitivo.

Vinicius Pontes do Nascimento  
Ortopedia Pediátrica  
CRM-PI: 3276 TEOP-614  
Mestre em Cirurgia -PUC-PR

Av. Homero Castelo Branco, 966, sala 08  
Teresina - PI - Brasil CEP 64048-385  
(86) 9 9948-3611

Cid: S42 / M25



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME  
**GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU**

MATRÍCULA  
078980 06 55 2005 1 00001 278 0000278-17  
(LIVRO A: 1 TERMO: 278 FOLHA: 278)

Vífilma  
memor

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

NOVE DO MÊS DE JULHO DO ANO DE DOIS MIL E CINCO

DIA	MÊS	ANO
09	07	2005

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

02:45 TERESINA/PI

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

TERESINA-PI

LOCAL DE NASCIMENTO

UNIDADE DE SAÚDE WALL FERRAZ

SEXO

MASCULINO

FILIAÇÃO

MÃE: IVONETE CARVALHO VIEIRA

PAI: GUMERCINDO PIMENTEL DE ABREU

AVÓS

AVÔ MATERNA: FILOMENA DE CARVALHO VIEIRA

AVÔ MATERNO: FRANCISCO HENRIQUE VIEIRA

AVÔ PATerna: FRANCISCA PIMENTEL DE ABREU

AVÔ PATerno: GUMERCINDO JOSÉ DE ABREU

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

QUATORZE DO MÊS DE SETEMBRO DO ANO DE DOIS MIL E  
CINCO

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO  
VIVO

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Nome do Ofício: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

Oficial(A): IVONE ARAÚJO LAGES

Município: TERESINA-PI

Endereço: RUA 7 DE SETEMBRO N° 417 CENTRO



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Data local: TERESINA, PI, 11 de Agosto de 2015.  
*Maria Caroline A. Lages*  
Assinatura do Oficial

2ª VIA

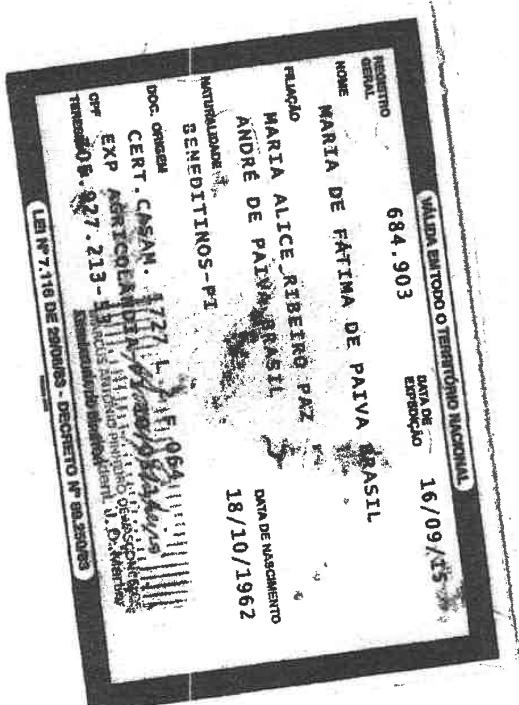
Maria Caroline Araújo Lages  
Oficiala Substituta  
3º Cartório do Registro Civil  
Teresina-PI

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
06 FEV 2018

DPVAT

ORIGINAL





PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
06 FEV 2018  
DPVAT

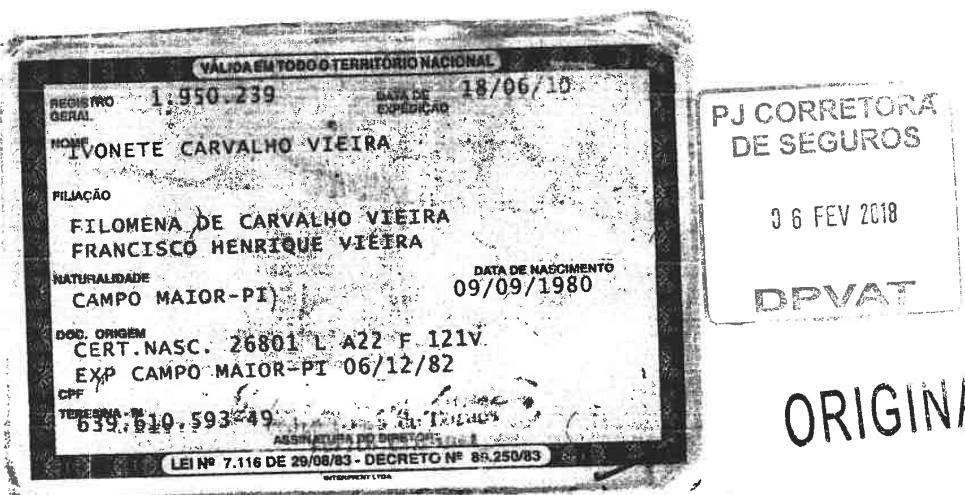
ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 12:00:58  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100812005801100000011743569>  
Número do documento: 20100812005801100000011743569

Num. 12412922 - Pág. 31

Mãe da Vítima



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL				
MINISTÉRIO DAS CIDADES				
DETAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO	
2908	1 165862942		2013	
1697	NOME			
597E	IZAURA CARVALHO VIEIRA			
1013				
aa13				
3708				
6702				
c727				
6016	CPF / CNPJ	PLACA		
2204	61734403349	OEB-0874		
7413	PLACA ANTI-UF	CHASSI		
ESPECIE/TIPO				
PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA				
MARCAS / MODELO				
HONDA / NXR150 CROSIS ECD				
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
002P/149CC		PARTICU	FRETA	
I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS	
P			1º IPVA	
V	PAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO	
A			3º PAGO	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURUO		PAGO	OBRIGATORIO	
OBSERVAÇOES				
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON DA CORRETORA DE SEGUROS				
LOCAL		DATA		
TERESINA		29/04/2013		
2013-04-29 10:58:00				

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 010444107875 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

CPF / CNPJ 61734403349

PLACA OEB-0874

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 010444107875 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 29/04/2013

VIA RENAVAM CPF / CNPJ PLACA

1 61734403349 OEB-0874

MARCA / MODELO

ANO FAB 2012 09 N° CHASSI 9C2KD0540CR544926

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE FRETA

PREMIO TARIFARIO

PMS (R\$) 000,00 DENATRAN (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO

COTA UNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 29/04/2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

OUT/2012



**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)**

Nome: IVONETE CARVALHO VIEIRA		Profissão: AUTÔNOMO
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADA	
RG: 950.939	Org. emissor: SSP-PI	D. Expedição: 8/06/10
Endereço: RUA CARAJAS	Nº 933	Bairro: ALTO RESSURREIÇÃO
Cidade: TERESINA	Estado: PI	CEP: 64.000-070

**OUTORGADO: (Dados do procurador)**

Nome: MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL		Profissão: PROFESSORA
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADA	
RG: 84.903	Org. emissor: SSP-PI	D. Expedição: 15/09/15
Endereço: RUA BOA VISTA	Nº 497	Bairro: CEDRO
Cidade: MONSENHOR BPL	Estado: PI	CEP: 64.450-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do SeguroDPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima

GUSTAVO IVAN  
VIEIRA DE ABREU Acidente ocorrido em 29/03/2015

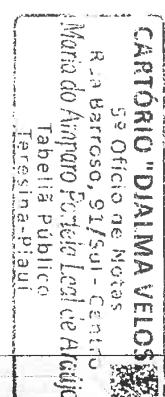
Local / data: TERESINA(PI) 18/10/2018



X IVONETE CARVALHO VIEIRA

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

**ORIGINAL**



**CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS**  
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião  
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3227-7365 - 7377

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: IVONETE CARVALHO VIEIRA.  
DOU FE. EM TEST. WIL DA VERDADE. TERESINA-PI, 18/01/2018.  
End.: 3,60 TJ:0,72 Selo:0,25 Total:4,57 Selo:AAX.60590 (F410P314)

ROSENIR DE MOURA LIMA - Tabelião Substituta

**CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"**  
Rosenir de Moura Lima  
Tabelião Substituta  
Teresina-Piauí



(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 12:00:58  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100812005801100000011743569  
Número do documento: 20100812005801100000011743569

Num. 12412922 - Pág. 34

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0365707/18

**Vítima:** GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

**CPF:** 639.610.593-49

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 29/03/2015

**CPF de:** Representante

**Titular do CPF:** IVONETE CARVALHO VIEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### IVONETE CARVALHO VIEIRA : 639.610.593-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

#### MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL : 705.927.213-53

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

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018  
Nome: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL  
CPF: 705.927.213-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 12:00:58  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100812005801100000011743569>  
Número do documento: 20100812005801100000011743569

Num. 12412922 - Pág. 35