

Browser tabs: Email - A, Controle, Mensage, Controle, Audiência, PJ, Acesso 1, PJ, Consulta, PJ 0801721, (32) What, Baixar o, +

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=553805&ca=ec62128eb5adf03262513b4f5e5494c...](https://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=553805&ca=ec62128eb5adf03262513b4f5e5494c...)

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

PJE 0801721-62.2020.8.18.0167  
IVONETE CARVALHO VIEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

12412918 - CONTESTAÇÃO (2757399 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/10/2020 12:00:59

08 Oct 2020

41 de 39

downloadBinario.seam 1 / 10

2757399- C3/ 2020-03814/ INVALIDEZ/DAMS

JOÃO BARBOSA  
ADVOCADOS ASSOCIADOS

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

PT 12:01 08/10/2020



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
12412922	08/10/2020 12:00	<a href="#">2757399_CONTESTACAO_Anexo_02</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

Pag. 01669/01670 - carta\_01 - INVALIDEZ



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: **00000000000000000000** CPF da Vítima: **00000000000000000000** Nome completo da vítima: **GUSTAVO IVAN VIEIRA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF (ou CNPJ, se for empresa)	Profissão	
<b>IVONETE CARVALHO VIEIRA</b>	<b>03561059349</b>	<b>EMPREGADA DOM.</b>	
Endereço	Número	Complemento	
<b>RUA ALTO DO BODEIRO CARATAS</b>	<b>933</b>	<b>00000</b>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<b>ATO RESURREIÇÃO</b>	<b>TERESINA</b>	<b>PI</b>	<b>64090-250</b>
Email			Telefone (DDD)

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**

☒ **RECUSO INFORMAR** ☐ **SEM RENDA** ☐ **ATÉ R\$ 1.000,00** ☐ **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**  
☐ **R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00** ☐ **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00** ☐ **R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**

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

AGÊNCIA NRO. **3389** D/V ☐ CONTA NRO. **12625** D/V **6**  
(Informar dígito se existir) (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.

**TERESINA** 04 de **OUTUBRO** de **2018**  
Local e Data

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

**05 OUT 2018**

**DPVAT**

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: Francieleide Lima Cordeiro

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

QD 09, Nº:

Complemento

Data/Hora

29/03/2015 - 19:00

Bairro

REDENÇÃO

Ponto de Referência

PARADA FINAL

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: IZAURA CARVALHO VIEIRA

RG: 1878596 SSP PI

Endereço: RUA CARAJÁS, Nº 939

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

Nome: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU (12 ANOS)

Endereço: RUA CARAJÁS, Nº 939

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA

**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 HONA/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 MISAEL GOMES PEREIRA, RG: 2571260 SSP-PI, E LEVADO AO HUT (PRONTUÁRIO 354194). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

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

*Izaura Carvalho Vieira*  
IZAURA CARVALHO VIEIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE LABREU CPF da Vítima: MEJOR Data do Acidente: 29/03/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal: IVONETE CARVALHO VIEIRA CPF do Representante legal: 63961059340  
Email: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): (86) 9.9999 - 0117

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

**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

IVONETE CARVALHO VIEIRA

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)

*Vi Fim*

*menor*

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

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

DIA MÊS ANO

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

09

07

2005

02:45

TERESINA/PI

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

TERESINA-PI

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

UNIDADE DE SAÚDE WALL FERRAZ

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 Nº 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





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Pr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Ats DECLAR.

SUS

Imp: 29/03/2015 19:37:20

(User: DANYELLE VIEIRA)

(Estação: ACCR02)

## 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 RESSURREICAO - 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:	
C. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:			

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	462610	Data:	29/03/2015 19:19:27	Condução:	VEICULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Não	Caso Policial:	Não	Pl.Saúde:	Não
Trauma:	Não	Maus Trator:	Não		

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEIDAS	Deformidade	CONSULTORIO URGÊNCIA	Verde
Breve História:		Ass.Profissional Acolhimento:	
QUEIDA DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO TRAUMA EM MSE.			

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

Dr. Hugo José Sales

Do: PT sum y des u.

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	SpM	Temp.:	CID:
Diagnóstico Inicial:							

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

09/07/15

08 FEV 2018

DPVAT ORIGINAL

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

VATA:	/ /	HORA:	:	Se Internação, indique o procedimento e o CID
				608020334842.2
				Procedimento CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Hugo José Sales  
Ortopedia e Traumatologia  
Ass. Coluna Vertebral Médico  
CRM 3638 TEOT 12572



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



Corretora  
de Seguros

05 OUT 2018

DPVAT



**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**  
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

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

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

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

**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 de segunda via de pagamento não será cobrada



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

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

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

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

NF: 718916

**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
1467200-6	08/2018	21/07/2018 a 21/08/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
30	25/08/2018	R\$ 22,09

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

05 OUT 2018

DPVAT

**OBSERVAÇÕES**

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

(86) 9 8867-8541 / (86) 9 8805-7535  
 (86) 9 9404-4764 / (86) 9 9999-0117

recorte 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 FATIMA DE PAIVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 705.927.213.53  
na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário GUSTAVO IVAN VIEIRA inscrito  
(a) no CPF sob o nº 031.030.593.49 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima  
GUSTAVO IVAN VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 639.610.593.49 conforme  
determinação da Circular Susep 445/12. ABREU

☐ Declaro Profissão: RECUO-ME Renda: RECUO-ME e apresento os documentos comprobatórios:  
RECUO-ME

**1 Recuso informar**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Boa Vista</u>	Número	<u>437</u>	Complemento	
Bairro	<u>CEDRO</u>	Cidade	<u>Monseñor Gil</u>	Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64.450-000</u>				
Email	<u>magnoejessyka@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 5.8894-7604</u>	Telefone celular (DDD)
				<u>0017</u>	

TERESIANEIDE de OUTUBRO de 2018  
Local e Data

X

Maria de Fátima de Paiva  
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETOR  
DE SEGUROS**

**05 OUT 2018**

**DPVAT**



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IZAURA CARVALHO VIEIRA,  
 RG nº 1.878.596, data de expedição 07/04/10,  
 Órgão ESP-PI, portador do CPF nº 617344.033-49, com  
 domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Av. Estrada)  
RUA ALTO DO BODE, ALTO DA ROSSINHA, 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  
PAS / MOTOCICLETA / NENHUMA  
 Veículo: MONZA INXR ISO BROS EDS  
 Modelo: 2012  
 Ano: 2012  
 Placa: DEB-0874  
 Chassi: 9C2LD0540CR 544926  
 Data do Acidente: 22/03/2018  
 Local e Data: TERESINA(PI); 18/01/2018

Izaura Carvalho Vieira  
 Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"  
 5º Ofício de Notas  
 Rua Barros, 91/Sul - Centro

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS  
 Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã  
 Rua Barros, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: IZAURA CARVALHO VIEIRA.  
 DOU. FE. EM TEST. W DA VERDADE. TERESINA-PI, 18/01/2018.  
 Emol.: 3,60 TJ: 0,72 Selo: 0,25 Total: 4,57 Selo: AAX.60589 (F410F314)

ROSENIER DE MOURA LIMA - Tabelã Substituta

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"  
 Rosenir de Moura Lima  
 Tabelã Substituta  
 Teresina-PI



PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 06 FEV 2018  
 DPVAT  
 ORIGINAL



CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"  
 5º Ofício de Notas  
 Rua Barros, 91/Sul - Centro  
 Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã Pública  
 Teresina-PI

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS  
 Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã  
 Rua Barros, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665  
 RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: IZAURA CARVALHO VIEIRA.  
 DOU. FE. EM TEST. W DA VERDADE. TERESINA-PI, 18/01/2018.  
 Emol.: 3,60 TJ: 0,72 Selo: 0,25 Total: 4,57 Selo: AAX.60588 (F410F314)





NOME DO PACIENTE:

Gustavo Ivan Vieira de Almeida

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

354.944

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  
DE INTERNAÇÃO HOSOrgão Emissor: M221100001  
AIH : 221510023541-4  
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)NASCIMENTO  
09/07/2005

Identificação do Estabelecimento

GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

Nome do estabelecimento solicitante

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

D. LIBERA: 06/04/2015

PROCED.: 0408020334

OP. SIST.: LUPINHA

CID : 5422

DT. LAUDO : 29/03/2015

Paulo Rogério de O. Monteiro

Médico Auditor ORCAV/CMS

CRM-PI 1028 - CPF: 096.572.903-68

CNS: 22270560130008

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

Código da  
Internação:

130737

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 RESSURREICAO - CEP: 64000-070

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-07

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

Prv de ca fratura simples  
an. sup.

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: S422

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procédimento Solicitado:

3408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMEMO

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:  
02 01 CPF 978.762.163-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA

34-Data Solicitação:

29/03/2015

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Nº da Detecção e Tratamento:	41-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	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:

06/04/15

48-Documento:

49-Num. Documento:

Marcondes Martins S. Moura  
Médico Auditor - FMS - Teresina  
CRM-PI 1250 - CNS 17025395120001  
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (RAIMUNDA FRASAO  
Consulta Local: 462610  
Consulta SUS:  
Impressão: 29/03/2015 20:14:44

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. 12

# FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSP.

AIH : 221510025155-1  
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

NASCIMENTO  
09/07/2005

GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

D.LIBERA: 14/04/2015

DT. LAUDO : 03/04/2015

PROCED.: 0408020334 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR

OP.SIST: CLIDENOR

CID : S422

ASS. MEDICA RESPONSÁVEL

Código da  
Internação:

Identificação do Estabelecimento de

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TEI

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

5828856

131235

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

6 - Prontuário: 354194

RG: 898002303681458

9-Nascimento: 09/07/2005

9-Sexo: Masculino

12-Fone: 86-8137-1427

11-Mãe: IVONETE DE CARVALHO VIEIRA

14-Cor: Parda

10-Pai: 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

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Do. de ferida e impotência funcional no membro (E) e perda de medula

2 - Condições que justificam a internação:

Fratura de fêmur

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

Rx

13-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

S422

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020334 29-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO

30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-0

Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

05/04/2015

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

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

CORRETORA  
DE SEGUROS

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

06 FEV 2018

39-CNPJ Seguradora:

40-CNPJ Empresa:

DPVAT

41 - Acidente de Trânsito  
42 - Acidente Trabalho Típico  
43 - Acidente Trabalho Trajeto

44 - Inscreve com a Previdência:

Empregado

( ) Autônomo

( ) Desempregado

Aposentado

## AUTORIZAÇÃO

45 - Nome Profissional Autorizador:

46-Data Autorização:

14/04/15

47 - Nome do Documento:

Dr. Marcondes Martins S. Moura  
Medicina - FMS - Teresina  
CRM-PI 1702335/2003

05/04/2015 10:21:17

HT

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA



Fls Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 31 / 03 / 15

OLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: Gustavo Ivan B. Moreira PRONTUÁRIO Nº: 354194  
DIAGNÓSTICO: Fract. de Ulna (E) CIRURGIA: Fixação  
ANESTESIA: Dr. Fernando C. de Oliveira Nº DA SALA: 08  
CIRURGIÃO: Dr. Fernando Couto CPF Nº: \_\_\_\_\_  
AUXILIAR: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_  
ANESTESIA: Dr. Fabiano CPF Nº: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADORA: Elizângela CPF Nº: \_\_\_\_\_

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	150ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	150ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
SCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Crepom	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Exercícios			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Dr. Fernando C. de Oliveira			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				Ortopedia e Traumatologia			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				CRM-PI 3467 - TEOT 11913			
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VCRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

DR. SOARES  
DE SEGUROS

06 FEV 2018

DPVAT

ORIGINAL

MOD. 94




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



REGISTRADO

	ORIGEM: ( ) HALL POSTO: _____ CLÍNICA: _____ EMERGÊNCIA: _____	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F					
		DIA	MÊS	ANO						
	1a									
NOME: <u>Gustavo Ivan de Amor</u>										
PÓS OPERATÓRIO										
CIRURGIA REALIZADA: <u>Funl. de júnio (lego proximal)</u>										
DATA: <u>05.04.15</u>		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>10:40</u>								
TIPO ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>										
HORÁRIO										
S.V.R	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL										
F. CARDÍACA	<u>172</u>									
F. RESPIRATÓRIA	<u>/</u>									
TEMPERATURA	<u>/</u>									
OXÍMETRIA	<u>100%</u>									
NOME/ MATRÍCULA	<u>Vauis</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 (INSCIENTE)		<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM								
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO PARALISIA TOTAL		<input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM								
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA/ 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. João Paulo 157.347.</u>										

08/07/15  
Ker



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 Vilela Abreu PRONTUÁRIO N°: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: 6  
 ANESTESIA: bloqueto N° DA SALA: 05  
 CIRURGIÃO: D<sup>re</sup> Fernando CPF N°: \_\_\_\_\_  
 AUXILIAR: \_\_\_\_\_ CPF N°: \_\_\_\_\_  
 ANESTESIA: D<sup>re</sup> Armando CPF N°: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADORA: Tragleydes 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 N° 85	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 7.5	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.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASÊS	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA eupom 01 05 uterodol e eoua p/ digestima 03 08/04/15 KZ			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON		20	01				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Sônia</u>			
PROLENE							

MOD. 94





HOSPITAL DE

**PRESCRIÇÃO MODICA**

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 12:00:58



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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Castro Ivan Vieira</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura do úmero proximal (E)</u>		
Operação - Tipo <u>Redução + Fixação com Fios K</u>		
Cirurgião <u>Fernando C. de Oliveira</u> Assinante <u>Dr. Bruno Freire</u> Ortopedia e Traumatologia CRM-P 3467-TEOT 11438		
2º Assinante		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Corte DAD sob bloqueio de plexo
- 2) Preparo habitual
- 3) Redução sob visão radioscópica
- 4) Fixação com 3 fios K percutâneos
- 5) Lavagem
- 6) Curativo
- 7) Mf de malha

Dr. Fernando C. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-P 3467-TEOT 11438

MOD. 76 - HUT



# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <b>Gustavo Juan Vieira de Abreu</b>				Nº DE REGISTRO		
DATA <b>05/04/12</b>	P. ARTERIAL <b>12x0</b>	PULSO <b>100</b>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGINEO	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 DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
TEMPERATURA T	C°					SEQUENCIA
P ARTERIAL V O PULSO	38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS <b>Intubação Orotraqueal</b>						INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS <b>Armando Rocha Pinto</b>						
<b>Dr. Armando Rocha Pinto</b> <b>MÉDICO - ANESTESIOLOGISTA</b> <b>CRM 1.341</b>						
PARTICULARIDADES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				

MOD. 76 - HUT



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

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 <u>Gustavo Ivan Vieira de Azevedo</u>			
Diagnóstico pré-operatório <u>Fract. - Ulna</u>			
Operação - Tipo <u>Fixação de Fratura de Ulna</u>			
Cirurgião <u>Dr. Fernando C. de Oliveira</u> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3467 TEOT 11913		1º Assinante	
2º Assinante		3º Assinante	
Instrumentador(a) <u>Elizângela</u>	Anestesista <u>Fabiano Lúcia Santos</u> Anestesiologia CRM 7702-3813	Anestesia <u>Geral</u>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <u>21.03.18</u>	Início <u>16:00</u>	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Corte DHS sob anestesia geral
- 2) Preparo habitual
- 3) Redução sob visão radioscópica
- 4) Fixação com 2 Fios K percutâneos
- 5) Lavagem
- 6) Curativo
- 7) Tala

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

MOD. 76 - HUT



# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>30/03/25</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	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 DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 <i>20%</i> 2 <i>50%</i> 3 <i>50%</i>					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100					TOTAL DE DOSES
TEMPERATURA T	38					TOTAL DE DOSES
P. ARTERIAL V O PULSO	38					SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	38					1 <i>propofol 20mg</i> 2 <i>propofol 60mg</i> 3 <i>halotano 12,5mg</i> 4 <i>DOT (50%) ventilação</i> 5 <i>colapso subar</i>
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	38					6 <i>propofol 20mg</i> 7 <i>propofol 20mg</i> 8 <i>propofol 20mg</i> 9 <i>propofol 20mg</i> 10 <i>propofol 20mg</i> 11 <i>propofol 20mg</i> 12 <i>propofol 20mg</i> 13 <i>propofol 20mg</i> 14 <i>propofol 20mg</i> 15 <i>propofol 20mg</i>
RESPIRAÇÃO O	38	38	38	38	38	38
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS <i>Genal balanceada</i>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>otomastectomia da orelha proximal</i>					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
CIRURGIÕES <i>Dr. Fernando</i>						
ANESTESISTAS <i>[assinatura]</i>						
[assinatura]						
[assinatura]						
PARTICULARIDADES <i>21 intercorrências</i>						

MOD. 76 - HUT



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



Sala de Verso  
Pediatría  
09/03/2005

ORIGEM: ( ) HALL POSTO: CLÍNICA: EMERGÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO			SEXO						
	DIA	MÊS	ANO	1-M/2-F						
	09	07	2005	J-M						
	NOME: <u>Guilherme Ivan Vieira de Abreu</u>									
PÓS OPERATÓRIO										
CIRURGIA REALIZADA:		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>17:40</u>								
DATA: <u>31.03.15</u>		TIPO ANESTESIA: <u>geral</u>								
S.V.R	HORÁRIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL										
F. CARDÍACA	<u>143</u>									
F. RESPIRATÓRIA	<u>1</u>									
TEMPERATURA										
OXÍMETRIA	<u>100%</u>									
NOME/ MATRÍCULA	<u>Helena</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 ( ) REGULAR ( ) RUIM						<u>B</u>			
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL	<input checked="" type="checkbox"/> BOM ( ) REGULAR ( ) RUIM						<u>B</u>			
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input checked="" type="checkbox"/> BOM ( ) REGULAR ( ) RUIM						<u>B</u>			
PELE BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM ( ) REGULAR ( ) RUIM						<u>B</u>			
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM ( ) REGULAR ( ) RUIM						<u>B</u>			
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM ( ) REGULAR ( ) RUIM						<u>B</u>			
NOME/ MATRÍCULA:										

Luciane R. de Souza  
Enfermeira  
COREN-PI 69736

Hamilton Barbosa de Sousa  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PI 5840

ALTA DA SRPA



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



### 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 fratura de humero sob efeito de anestesia geral. Consciente, orientado, fôco, eufórico.

Luciane R. da S. Bezerra  
Enfermeira  
COREN-PI 69736

### 5- ENCAMINHAMENTO

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

OBSERVAÇÃO: Recebeu alta da SRPA. Encaminhado a pediatria. Fôco, eufórico, sem queixas atuais.

Luciane R. da S. Bezerra  
Enfermeira  
COREN-PI 69736





## 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

Página: 1 de 1

### 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.

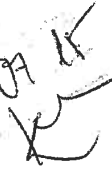
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 10/06/2015

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

08/09/15  




**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  
for





**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*





**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

*08/07/15*  
*fe*





**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: S U S

**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  
Profissional Responsável

*Handwritten signature and date: 08/07/15*



# Dr. Vinicius

Nascimento

vinicius@ortopediatra.com.br

09/09/18

Gustavo Juan Liere L. Allen

Ortopedia

Platôfis médico

FJ CORRETOR  
DE SEGUROS

05 OUT 2018

DPVAT

Paciente vítima de acidente motociclístico

em março de 2015. Apresenta politrauma

Traumatologia

metálico com fratura de úmero proximal  
esquerdo.

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

Ortopedia  
Pediátrica

Paciente recebe alta com órtese lateral com perda  
funcional de 50% de força de ombro, por  
questões técnicas. Recebe alta  
regulada definitiva.

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

Lid: 542 / 1125

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





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)

*Vi Fim*

*menor*

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

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

DIA MÊS ANO

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

09

07

2005

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 NASCIMENTO VIVO

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

NOME DO OFÍCIO: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAÚJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº 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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PALESTRA 11-510

Moisés de Almeida de Paiva e Silva

IDENTIFICAÇÃO

CARTeira DE IDENTIDADE

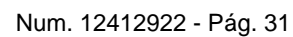
11-510

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

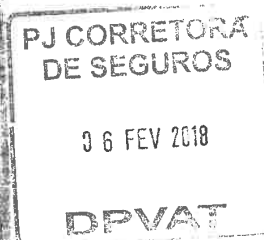
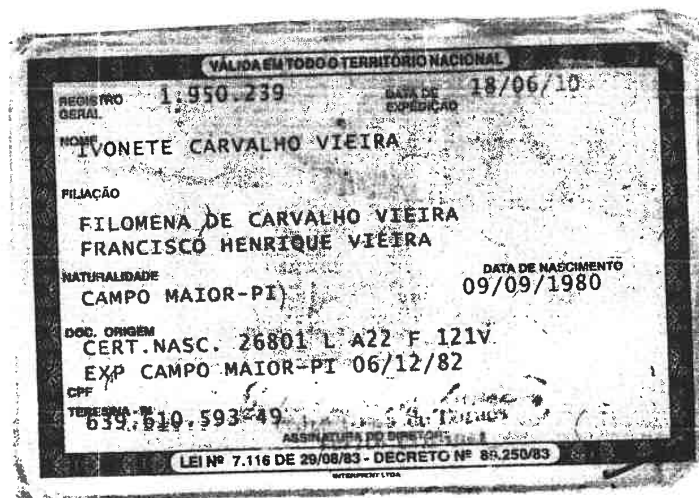
06 FEV 2018

DPVAT

ORIGINAL



Mãe da vítima



ORIGINAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010444107875  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 ODD RENAVAM 465862943 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2013

NOME IZAURA CARVALHO TEIRA

CPF / CNPJ 61734403349 PLACA OEB-0874

PLACA ANT / UR CHASSI 9C2KD0540CR544926

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO HONDA/EXR150 GRS 150

CAP / POT / CIL 002P/149CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS

1º IFVA 2º 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON DA

TERESINA LOCAL DATA 29/04/2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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 1 CPF / CNPJ 61734403349 PLACA OEB-0874

RENAVAM MARCA / MODELO

ANO FAB 2012 CAT INF 09 Nº CHASSI 9C2KD0540CR544926

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) 000,00 DENATRAM (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

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

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 29/04/2013

COTA UNICA PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.248.608/0001-04

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
36 FEV 2018  
DPVAT

ORIGINAL



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <b>IVONETE CARVALHO VIEIRA</b>			
Nacionalidade: <b>BRASILEIRA</b>	Estado Civil: <b>CASADA</b>	Profissão: <b>AUTÔNOMO</b>	
RG: <b>950.939</b>	Org. emissor: <b>OSP-PI</b>	D. Expedição: <b>18/06/10</b>	CPE: <b>639.610.593-49</b>
Endereço: <b>RUA CARAJAS</b>		Nº: <b>933</b>	Bairro: <b>ALTO RESSURÇÃO</b>
Cidade: <b>TERESINA</b>	Estado: <b>PI</b>	CEP: <b>64.000-070</b>	

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: <b>MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL</b>			
Nacionalidade: <b>BRASILEIRA</b>	Estado Civil: <b>CASADA</b>	Profissão: <b>PROFESSORA</b>	
RG: <b>884.203</b>	Org. emissor: <b>OSP-PI</b>	D. Expedição: <b>15/09/15</b>	CPE: <b>405.927.213-53</b>
Endereço: <b>RUA BOA VISTA</b>		Nº: <b>427</b>	Bairro: <b>CEDRO</b>
Cidade: <b>MONSENHOR GIL</b>	Estado: <b>PI</b>	CEP: <b>64.450-000</b>	

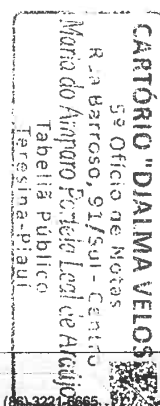
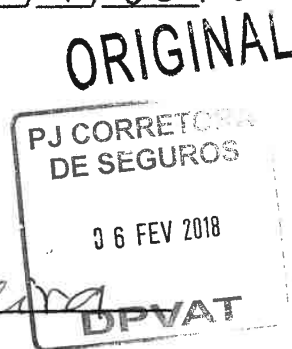
Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do 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 Seguro DPVAT, 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); 18/01/2018**

5º Oficial

**IVONETE CARVALHO VIEIRA**

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



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) 3221-8865

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: IVONETE CARVALHO VIEIRA.  
DOUT. FE. EM TEST. **MUL** DA VERDADE. TERESINA-PI, 18/01/2018.  
Empl.: 3,60 TJ: 0,72 Selos: 4,32 Total: 4,57 Selos: AAX.60590 (F410P314)

ROSENIER DE MOURA LIMA - Tabelião Substituto  
CARTÓRIO "DIALMA VELOSO"  
Rosenir de Moura Lima  
Tabelião Substituto  
Teresina-Piauí



(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)



## 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 médico-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

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

