

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Acesso 1º, PJe Consulta pr, PJe 0801016-15, Baixar o arq, (28) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=527780&ca=fe03761a577bc75c8963a55e7c617...

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

Header: PJe ProceComCiv 0801016-15.2020.8.18.0054 FRANCISCO ARNALDO FERREIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

Search bar: 12593059 - CONTESTAÇÃO (2758730 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/10/2020 10:20:26

Left sidebar: 19 Oct 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
12593055 - CONTESTAÇÃO
12593059 - CONTESTAÇÃO (2758730 CONTESTACAO 01)
12593068 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
12593071 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
12593072 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
12593073 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 10
2758730- C3/ 2020-03883/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE INHUMA/PI

Taskbar: Windows icons, PT, 10:20, 19/10/2020



Número: **0801016-15.2020.8.18.0054**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Inhumas**

Última distribuição : **01/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO ARNALDO FERREIRA (AUTOR)		ANTONIO HELDER IZIDORIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12593 068	19/10/2020 10:20	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297864

Vítima: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

Data do Acidente: 16/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14256343

Pag. 00319/00320 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190297864 Vítima: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

Data do Acidente: 16/10/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01671/01672 - carta_04 - INVALIDEZ

00050836



Carta nº 14313727





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 305.081.421-72 Nome completo da vítima: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO (CIRCULAR SUPLEN. Nº 445/2012)

Nome completo: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA CPF: 305.081.421-72

Profissão: TRAB. RURAL PV. PORTADO Número: SIN Complemento: RURAL

Bairro: ZONA RURAL Cidade: IRHUMA Estado: PIAUÍ CEP: 64.535.000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3887

CONTA: 011673

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMPLACABILIDADE DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima de: ou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

Local e Data: IRHUMA DO PIAUÍ/30/04/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

Nome: _____ CPF: _____

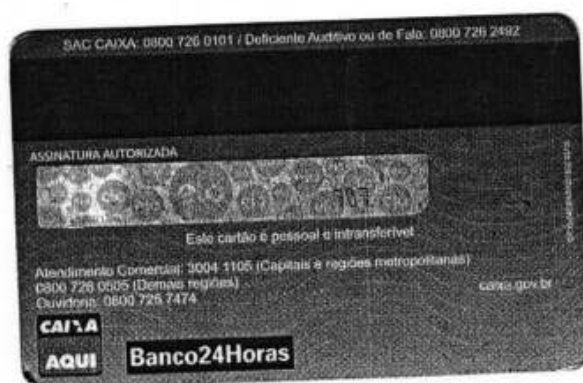
Assinatura _____

Assinatura da vítima, beneficiário (decedente): Francisco Arnaldo Ferreira

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escrever outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE INHUMA
Rua Duque de Caxias, 846, Centro, CEP 64535-000, Inhuma/PI.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 629/2016

Município: INHUMA/PI.

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DADOS DO REGISTRO

DELEGACIA RESPONSÁVEL: Delegacia de Polícia Civil de Inhuma/PI. DATA E HORA: 08.11.2016, às 10h28min.
NOTICIANTE: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA, abaixo qualificado, fone: 89-99927-2859.

DADOS DO ACIDENTE

DATA E HORA: 16.10.2016, por volta das 22h40min.
TIPO DE VIA: xxx, ZONA: rural, LOCAL: Estrada vicinal do povoado Lagoa do Forte, próximo a uma escola, Inhuma/PI.
CONDIÇÕES LOCAIS: Via de pavimentação natural, trecho reto, plano e em ruim estado de conservação, VISIBILIDADE: prejudicada, TEMPO: bom, PERÍODO: noturno, SINALIZAÇÃO: não possui.

DADOS DA(S) PESSOA(S) ENVOLVIDA(S)

PESSOA 01: Condutor.

NOME: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA, natural de Inhuma/PI, casado, trab. rural, nascido no dia 12.02.1962, RG nº 37.059.532-4-SSP/SP, CPF nº 305.081.421-72, CNH: 02281209659, filho de Lourenço José Ferreira e de Maria Dolores Ferreira, residente no povoado Cortado, S/N, Inhuma/PI.

DADOS DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

VEÍCULO 01: Espécie/tipo: PAS/MOTOCICLE/NENHUMA, marca/modelo: HONDA/CG 150 FAN ESDI placa: PID-7274-Inhuma/PI, cor predominante: PRETA, chassi: 9C2KC1680ER553489, categoria: PARTIC., ano fab./mod.: 2014/2014, código RENAVAM: 01012427266, proprietário titular no CRLV: Anadete Leal de Oliveira Ferreira, CPF nº 018.619.513-37.

TESTEMUNHA(S)

01 – JOSÉ PEREIRA NETO, alcunha ZÉ DA CRUZ, casado, trab. rural, residente no povoado Cortado, S/N, Inhuma/PI.

HISTÓRICO DO ACIDENTE

Narra o noticiante que, no dia e horário do sinistro, conduzindo o veículo 01 se deslocava do povoado Forte com destino a sua residência, e no local acima citado, a motocicleta derrapou num banco de areia, desequilibrou e em seguida caiu; que depois de acidente, mesmo sentindo dores no abdome, seguiu viagem e chegou a sua residência por volta de 01h40min do dia 17.10.2016, tendo por volta das 06h sido conduzido numa D 20 pela testemunha 01 para ao hospital local, onde recebeu atendimento médico e após exame realizado na Clínica Diagnose foi encaminhado de ambulância para o HUT, em Teresina, onde foi internado para tratamento de lesão corporal sofrida no baço (rompimento), conforme documentos médico/hospitalares apresentados; que usava capacete no momento do acidente. Nada mais disse.

Noticiante:

Francisco Arnaldo Ferreira

Responsável pelo Registro:

Francisco de Assis Gonçalves de Araújo
Escritório de Polícia "AD HOR"
Mat. 040166-8

Abs: As informações contidas neste BO são de inteira responsabilidade do noticiante.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF do(s) vítima(s): 305.081.421-72 Nome completo da vítima: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITÍMA/BENEFICIÁRIO (REGRAS DO SEGURO Nº 445/2017)

Nome completo: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA CPF: 305.081.421-72

Profissão: TRAB. RURAL Endereço: PR. PORTADO Número: SIN Complemento: RURAL

Bairro: ZONA RURAL Cidade: IRHUMA Estado: PIAUÍ CEP: 64.535.000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 011673 8

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMPLACABILIDADE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMPLACABILIDADE - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 8º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima de seu companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Fallecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

Local e Data: IRHUMA DO PIAUÍ/30/09/2018 Nome: _____

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Arnaldo Ferreira

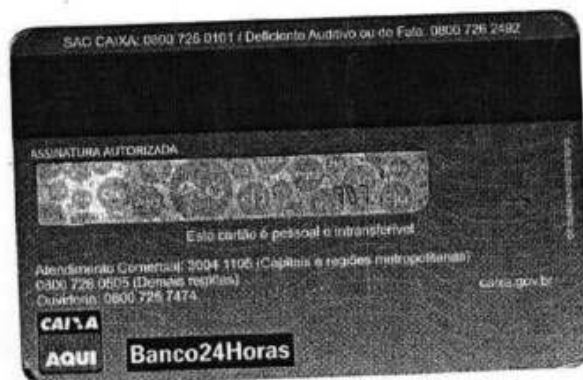
Assinatura da vítima, beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá assinar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, privi preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do mesmo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cicero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

NOME: Francisco Amadeu Farias CPF: _____

FILIAÇÃO: MÃE: maria do bonfim Farias ESTADO CIVIL: casado

DATA DE NASC. 12/02/62 SEXO: M

ENDEREÇO: rua coratide

EXAME CLÍNICO / DIAGNÓSTICO:

o de repare dos abdominais inferiores, após
ac. de vômito. nolic. os abd. que mostra de-
no anelmeio.

PROCEDIMENTOS:

Análise com + resposta.

enc. HUT. Termino Pl avaliação de resposta que

DATA: 17/10/16

MÉDICO

ASS. RESPONSÁVEL: Antônia Teixeira Silva Ferreira



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

NHEO - 18/10/16
13:00

Imp: 17/10/2016 17:49:20

IMPRESSO: MARILENE SIQUEIRA
(Relação: AOCR11)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA		Prontuário: 423873	
Mãe: MARIA DOLORES FERREIRA	Pai: LOURENCO JOSE FERREIRA		
End.Resid.: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL - INHUMA - PI - CEP: 64535-000			
Nascimento: 12/02/1962	Idade: 54a:8m:5d	Sexo: Masculino	Fone: 8-69851-7599
Responsável: KATIA	CNS: 898004131752078		
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 370595324		
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Casado		
End.Local.: - - -	DATA: 17/10/16		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 576027	Data: 17/10/2016 17:39:39	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)	
Motivo da Procura: DOR ABDOMINAL/PÉLVICA		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: NÃO	Acid. Trajeto: NÃO	Acid. Trab. Típico: NÃO	CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: DOR ABDOMINAL EM ADULTO	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE ENCAMINHADO COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA DOR ABDOMINAL INTERIORE.		Profissional Clas. Risco: MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564 Em: 17/10/2016 17:49:20	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 18:00h)

Paciente infirme acidente motociclístico há 1 dia evoluindo com dor abdominal persistente.
US abdominal: Trauma esplênico
- Hipertensão, DM2, tabagismo, alergia medicamentosa, etilismo.

PA 110 X 80 mmHg Pulso: _____ FC: _____ bpm Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

Trauma baixo pós acidente motociclístico

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado Avaliação de Cirurgia Geral

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 1 / 1

HORA: : :

Em Internação, Indicação Procedimento e CID

0308010043

5555

Procedimento

CID

Francisco Arnaldo Ferreira
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



VENCIMENTO 14/01/2019
 A LISO DE DEBITO C/NTAS: 1 VALOR
 NOME LEI FEDERAL 21.445/20
 DIAS APOS VENCIMENTO.
 75,31
 PENSO 30



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GIVALDO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF 972.574.783 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO ARNALDO FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 305.081.421 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima FRANCISCO ARNALDO FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 305.081.421 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>RUA ANTONIO LUIS</u>	<u>1180</u>	<u>IMBANO</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>AMANDO LIMA</u>	<u>VALENÇA</u>	<u>PIAUÍ</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>givaldodonasascimento@k4hoo.com.br</u>	<u>(99) 999316611</u>	<u>994093745</u>

VALENÇA 30 de MARÇO de 2019

Local e Data

Givaldo do Nascimento

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/3017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANADETE LEAL DE OLIVEIRA FERREIRA
RG nº 1.884.009 Data de expedição 10/09/96
Órgão SEP/PI, portador do CPF nº 018.419.513-37 com
domicílio na cidade de INHUMA, no Estado de
PIAUÍ, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
PL. SANTO ANTONIO RURAL nº SIN
complemento RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FRANLINS ARNALDO FERREIRA condutor era
FRANLINS ARNALDO FERREIRA

Veículo: MOTA
Modelo: HONDA CG 150 FANESDI
Ano: 2014/2014
Placa: PI D 7274
Chassi: 202K01660CR553489
Data do Acidente: 16/10/2016
Local e Data: INHUMA-PIAUÍ/30/03/2019

Anadete Leal de Oliveira Ferreira
Assinatura do Declarante



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





PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cicero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

NOME: Francisco Amadeu Farias CPF: _____

FILIAÇÃO: MÃE: maria do bonfim Farias ESTADO CIVIL: casado

DATA DE NASC. 12/02/62 SEXO: M

ENDEREÇO: rua coratide

EXAME CLÍNICO / DIAGNÓSTICO:

o de repare dos abdominais inferiores, após
ac. de mto. rube. os abd. que mostra de-
xos anêmicos.

PROCEDIMENTOS:

Análise com + resposta.

enc. HUT. Termino Pl avaliação de resposta que

DATA: 17/10/16

ASS. RESPONSÁVEL: Antônia Teixeira Silva Ferreira

MÉDICO

Dr. Ednan Soares Coutinho
R. 15.111-PI





Estado do Piauí

PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES - INHUMA - PI
FICHA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 17/10/16 HORA: 1040 Assinatura do Responsável: Antonia Teixeira
Identificação do Paciente:

Nome: Francisco Arnaldo Ferreira

Data de Nascimento: 12/02/62 Ficha de Notificação nº: _____ Idade: 54

Endereço: Rua Cortado

Bairro: _____ Telefone: () _____ Município: _____ Estado: _____

Sexo: () Feminino (X) Masculino

Como você se considera: (X) Branco (a) () Pardo (a) () Preto (a) () Amarelo (a) () Indígena

Estado Civil: () Solteiro(a) (X) Casado(a) () União Estável () Separado/Divorciado/Desquitado(a)

() Viúvo(a)

Até quando estudou? () Não Estudou () Da 1ª a 4ª Série do Ensino Fundamental

(X) Da 5ª a 8ª Série do Ensino Fundamental () Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo () Pós - Graduação

Acidente de Transporte

A Vítima sofreu acidente de que? () Carro (X) Moto () Bicicleta () Ônibus () Outros: _____

A Vítima era? (X) Condutor () Passageiro () Pedestre

Se condutor, possuir a Carteira de Habilitação? () Sim (X) Não

Tipo de Acidente? () Colisão () Atropelamento (X) Queda

() Outro: _____ () Ignorado

Se Colisão, colidiu com o que? () Carro () Moto () Bicicleta () Pedestre

A Vítima usava Capacete? (X) Sim () Não () Não se aplica

O Paciente fez uso de algum tipo de Bebida Alcoólica? () Sim (X) Não

O Paciente quebrou (fraturou alguma parte do Corpo? () Sim (X) Não

Que parte do Corpo da Vítima foi atingida? () Cabeça (X) Torax () Braços

(X) Abdômem/Barriga () Pernas

O Paciente permaneceu Internado? () Sim (X) Não

Ocorreu Óbito? () Sim () Não

DEMAIS ACIDENTES:

Tentativa de Suicídio () () Envenenamento/Intoxicação () Instrumento Cortante

Preocitação de lugar Elevado () Arma de Fogo () Instrumento Contudente

() Enforcamento () Outro: _____ () Ignorado

Agressão ou tentativa de Homicídio () Agressão Física () Agressão Sexual

() Arma de Fogo () Envenenamento () Instrumentos Cortante () Instrumento Contudente

() Outro: _____ () Ignorado

Acidente de Trabalho: () Sim () Não () Ignorado

CNPJ: 06.553.739/0002-98 Rua do Amparo, 585 - Fone (089) 3477-1102 - CEP 64.535-000
INHUMA - PIAUÍ <http://saudeinhuma.sapaces.live.com> - E-mail: saude.inhuma@hotmail.com





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Francisco Arnaldo Ferreira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 423 873

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





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

NHEO - 18/10/16
13:00

Imp: 17/10/2016 17:49:20

IMPRESSO: MARLENE SIQUEIRA
(Relação: AOCR11)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA		Prontuário: 423873	
Mãe: MARIA DOLORES FERREIRA	Pai: LOURENCO JOSE FERREIRA		
End.Resid.: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL - INHUMA - PI - CEP: 64535-000			
Nascimento: 12/02/1962	Idade: 54a:8m:5d	Sexo: Masculino	Fone: 8-69851-7599
Responsável: KATIA	CNS: 898004131752078		
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 370595324		
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Casado		
End.Local.: - - -	DATA: 17/10/16		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 576027	Data: 17/10/2016 17:39:39	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)	
Motivo da Procura: DOR ABDOMINAL/PÉLVICA		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: NÃO	Acid. Trajeto: NÃO	Acid. Trab. Típico: NÃO	CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: DOR ABDOMINAL EM ADULTO	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE ENCAMINHADO COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA DOR ABDOMINAL INTERIORE.		Profissional Clas. Risco: MARLENE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564 Em: 17/10/2016 17:49:20	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 18:00h)

Paciente infirme acidente motociclístico há 1 dia evoluindo com dor abdominal persistente.
US abdominal: Trauma esplênico
- Hipertensão, DM2, tabagismo, alergia nutricional, asma, etilismo.

PA 110 X 80 mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: Trauma baixo pós acidente motociclístico			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado Avaliação de Limpeza Geral

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 1 / 1	HORA: : :	0308010033	5555
		Procedimento	CID

Francisco Arnaldo Ferreira
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Francisco Amadeo Ferreira		423843			225	197
DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:				
21/10/16						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
#5º D/H Trauma esplênico. TTO conservadora			49.10h - Segue em alta hospitalar			
Paciente em Bebe, emite, acrometria			Tela com oxitacões			
abril, COTE, Lidoide.						
AC: BCF, 22, 21, 55. AP: MVA, sem RA.						
Alimentação glóssica, Alacido, indolência políptica						
Hx: 3241.						
 Dr. Haroldo						
 Dr. Haroldo						
						
						

MÉDICO / CRM :



C. Cury.

[illegible]

MOD 007 - HUT





Chenêus D Amaldt February 19 10 16 09

2-10-19

12h, febrente admitido,
vinde do solo verde com odo
noctico de trauma. Espirito
meio alvicio mediceamento.
sege conselente, enclado, so-
sido, apfelil, supiente, respi-
rando no ambiente. Segui
humidurameoamente estal
e tem quida algea

[illegible]

Time	Flow	Conc.	Temp.	Pressure
12h				
18h				
24h				
36h				

Enfermeiro (a)

17/10/16 - 18:00

Tranque abdominal fechado há 1 dia por desepesimento
do moto no asfalto.

Relato da em andar superiores do abdome. Nefe vomito
VS Abdome: lesão esplanca e pequena quantidade de líquido-lim.
Ao exame: Abdome globoso, flácido, doloroso - palpando
em HCD e epigastro, sem defesa.

CD: - TC do Abdome

- Reavaliar após exame

Dr. Mauro André Gonçalves

CRM-PI 6199

RS cir. Axel.





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/10/2020 10:20:25

<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101910202553400000011912179>

Número do documento: 20101910202553400000011912179

Num. 12593068 - Pág. 22

NOME DO PACIENTE:	PRONTUÁRIO:	CLÍNICA:	ENF. ou APTS	MÉDICO ASSISTENTE
Franine Anacleto Fomene	073 073			Cirurgia Geral
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
18/06/16 00:00	DIAGNOSTICO: Trauma Encefalo			OBSERVAÇÃO
	1) Mito do 7mo dia 12 dias (Medicamento) 2) FU 9% 200 ml (EU) 200 ml MIN 3) Lactante - 01 amn (EU) 01 eu. su 4) TILTY 20- 01 amn (EU) 01 eu. su 5) Bromocriptina - 01 amn (EU) 01 eu. su 6) Difenidramina - 01 amn (EU) 01 eu. su 7) Biotinicos do curati Quel pele manuse			REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA DATA 18/06/16 MEDICO Marta EXAME US abd total LAUDO PROVISÓRIO OK 12:00h RA 13x8 ferido 15:30 - Araxado exames laboratoriais no portuario - Nao est 18:00h RA 12x8 ferido
18/06/16 07:30	Politrauma bi e Adria			
	ABD: doloroso a palpacão profunda difusamente. DBD			
	TG abd.: dor aguda epigastica e pequena quantidade de liquido livre			
	CO. Solicito US abd e hsguismo			
	Auscultacao Hs e HT discreta			
18/06/16 17:46	Dieta oral Pequeno-portao (Suspensão Gelo vomite)			



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
UNIDADE MISTA DE SAÚDE INHAZINHA NUNES

Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI

CEP: 64.535-000 Fone: (89) 3477-1643



FOLHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA DO PACIENTE

REFERÊNCIA 2036 1037 0078

Município: Inhuma nº do Prontuário da Unidade _____

Nome da Unidade: KPPIN

Nome do Paciente: Franisco Amaldo Ferreira

Endereço: _____

Município: _____ Estado: _____

Documento de Identificação (CPF, RG, Cert. Nasc.): _____

Idade: 540 Profissão: _____

Sinais e Sintomas Clínicos: Pte c/ dor abdominal inferior, pós

Conduta Adotada: queda de urto. US abd.: leito esplênico.

Motivo de Encaminhamento: FC: 98 bpm; PA: 110x80.

PARA

Unidade de Saúde: HUT Município: Teresina

Solicitação de Serviços Diagnósticos: _____

Solicitação de Internação: _____

Data: 17/10/16 Horas: 13:30

Assinatura

CRM

COREN

CONTRA REFERÊNCIA

Unidade: _____

Município: _____ Estado: _____

Nome do Paciente: _____

Diagnóstico Conclusivo: _____

Conduta Adotada: _____

Recomendações: _____

Data: ____/____/____ Horas: _____

Assinatura

CRM

COREN





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HOSPAIH : 221610170457-5
UNI : H.U.T (PROF. EDNAN ROCHA)

Órgão Emissor: M221100001

FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

NASCIMENTO
12/02/1962

Identificação do Estabelecimento de

1-Nome do estabelecimento solicitante

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TE

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TE

D.LIBERA: 25/10/2016

PROCED.: 0308010043 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MÚLTIPLAS

OP.SIST: WELLINGTON

CID : S353

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

Código da
Internação:

175705

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA	6 - Prontuário: 423873
7-CNS: 898004131752079	8-Nascimento: 12/02/1962
9-Sexo: Masculino	RG: 370595324 - SSPPI
11-Mãe: MARIA DOLORES FERREIRA	12-Fone: 8-69851-7599
13-Resp: KATIA	14-Cor: Parda
15-End: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL - CEP: 64535-000	
16-Munic: INHUMA	17-Cod.IBGE: 220470
18-UF: PI	19-CEP: 64535-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL PERSISTENTE, COM TRAUMA ESPLÊNICO.

21 - Condições que justificam a internação:
TRAUMA DE BAÇO.

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

23-Diagnóstico Inicial:
Traumatismo da veia porta ou esplênica

24-CTD Print: S353

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0308010043 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MÚLTIPLAS REGIÕES DO CORPO

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doç. Méd. Solic.:
02 01 CPF 811.397.483-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA 17/10/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CPF:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização: 25/10/16

48-Documento: 49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: *responsável*

Usuário: (AMPAQUEL)
Consulta Local: 5760
Consulta SUS:
Impressão: 21/10/2016 16:58:33



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ARNALDO FERREIRA** (Prontuário: 423873)
Endereço: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL - INHUMA - PI CEP: 64535-000
Nascimento: 12/02/1962 Idade: 54a8m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 576027
Requisição: 686625 Solicitação: 17/10/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 857740 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 17/10/2016

T.C. DE ABDOME TOTAL

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E Pelve DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES PRESERVADAS, OBSERVANDO-SE MÚLTIPLAS ÁREAS LINEARES HIPOCAPTANTES PARENQUIMATOSAS (LACERAÇÕES).
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- PEQUENA QUANTIDADE DE LÍQUIDO HIPERDENSO SUBFRÊNICO BILATERALMENTE E NA PEQUENA Pelve.
- DISCRETA DENSIFICAÇÃO DOS PLANOS LIOMATOSOS NO FLANCO ESQUERDO, COM ESPESSAMENTO DA FÁSCIA LÁTERO-CONAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 17/10/2016

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ARNALDO FERREIRA** (Prontuário: 423873)
 Endereço: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL - INHUMA - PI CEP: 64535-000
 Nascimento: 12/02/1962 Idade: 54a8m6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 576027
 Requisição: 686750 Solicitação: 18/10/2016 Solicitante: PERICLES CERQUEIRA DE SOUSA
 Controle: 857889 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 18/10/2016

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico mostrou:

- Líquido espesso livre na cavidade abdomino-pélvica de pequeno a moderado volume (em recesso subfrênico direito, espaço hepatorenal, flanco direito, peri-esplênico, goteira parietocólica esquerda, flanco esquerdo e na escavação pélvica).
- Baço com volume normal, ecotextura parenquimatosa heterogênea, com áreas anecóicas de permeio e imagem hipocóica subcapsular, anteriormente, medindo 8.6x1.5cm, sugestiva de hematoma subcapsular.
- Imagem nodular hipocóica e homogênea adjacente ao baço, medindo 1.5x1.3cm, ecotextura similar à esplênica, sugestiva de baço acessório.
- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidades parenquimatosas dentro dos padrões da normalidade. Diferenciais córticomodulares preservados. Ausência de imagens de cálculos. RD=11.5x4.9x5.0cm. Re=12.2x5.7x5.8cm. Baço=10.2x5.3cm.
- Bexiga: semi-distendida, paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas. Peso de 22.3g.
- Vesículas seminais: anatômicas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1-Hemoperitônio de pequeno a moderado volume.
- 2-Baço com volume normal, ecotextura parenquimatosa heterogênea, com áreas anecóicas de permeio e hematoma subcapsular, anteriormente.
- 3-Baço acessório.
- 4-Sem outras alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(MARTA VANIA)

TERESINA - PI 18/10/2016

MARTA VANIA LIMA BEZERRA

CPF: 239.486.633-00 CRM PI 1978

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

Prontuario:

423873

Internação:

175705

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA				
End. Resid.: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL				
Cidade: INHUMA - PI			CEP: 64535-000	
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	12/02/1962	54a:3m:7d	Casado(a)	LAVRADOR
Admissão:	G. Instrução:	Fone:	Cartão SUS (CNS):	Procedência:
17/10/2016	Médio	8-69851-7599	098004131752079	INHUMA
Pai: LOURENCO JOSE FERREIRA			Mãe: MARIA DOLORES FERREIRA	
Responsável: KATIA				
End. Responsável: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL				
INHUMA - PI			64535-000	
Documento: RG: 370595324 - SSPPI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):				
DOR ABDOMINAL/PÉLVICA				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data:	Hora:	Data:	Hora:	
17/10/2016	17:55	___/___/___		SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0308010043 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MÚLTIPLAS REGIÕES DO CORPO				
CID 10: S353 - Traumatismo da veia porta ou esplênica				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: TPO Abdominal				
CID 10: Trauma esplênico				
Tratamento Realizado:				
Exames Realizados:				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

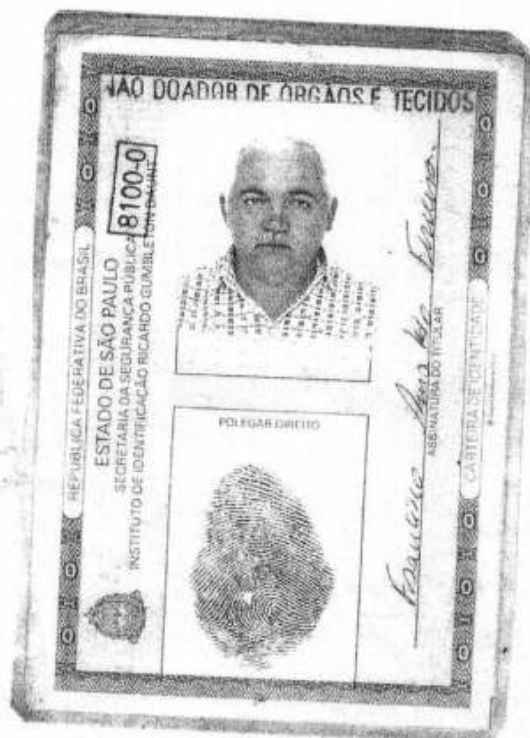
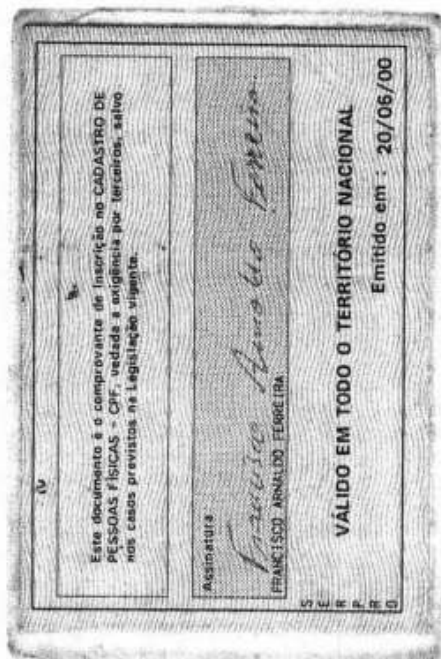
21/10/2016
Data

Herberto A. Brito
Ass. Médico Responsável

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297864 **Cidade:** Inhumas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA **Data do acidente:** 16/10/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA. P4 12 13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P14

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: CASADO
Identidade: 37.059.532-4 SSP/SP
CPF: 305.081.921-72
Profissão: TRABALHADOR RURAL
Endereço: AV. PORTADA S/N 2, RURAL - INHUMA - PI
CEP: 64.535.000
Telefone: (89) 999272859

OUTORGADO:

Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
Nacionalidade: _____
Estado civil: DIVORCIADO
Identidade: 2.112.027 SSP/PI
CPF/CNPJ: _____
Profissão: NÃO INFORMADO
Endereço: RUA ANTONIO NUNES 1180 VALENÇA - PI
CEP: 64.300.200
Telefone: (29) 999316617

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. **CORRETURA INVALÍDEZ**

DATA DO ACIDENTE - 16/10/2016.

Francisco Arnaldo Ferreira

Assinatura do Outorgante

RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO

INHUMA - PI

Local e data



Francimar Silva Teixeira
ESCREVENTE AUTORIZADA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144019/19

Vítima: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

CPF: 305.081.421-72

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/10/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

FRANCISCO ARNALDO FERREIRA : 305.081.421-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
CPF: 972.574.783-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: Juliana Teles Martins
CPF: 040.897.701-90

GIVALDO DO NASCIMENTO

Juliana Teles Martins

