



Número: **0821690-47.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA (AUTOR)	ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

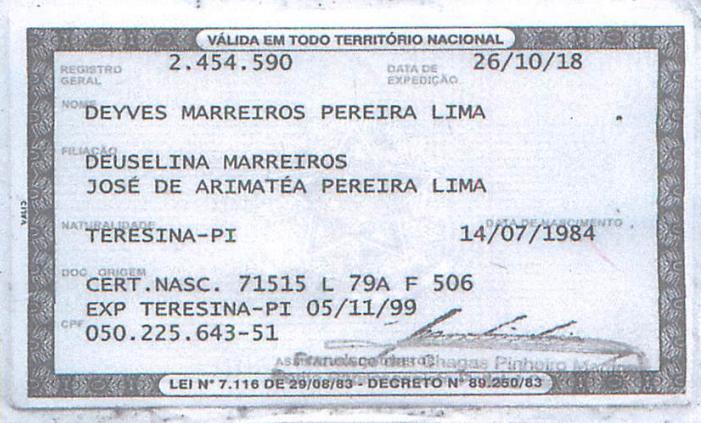
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12187 007	29/09/2020 00:01	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
12187 010	29/09/2020 00:01	<u>RG, CPF, END, PEDIDO SEGURO E BO</u>	Documentos
12187 011	29/09/2020 00:01	<u>20200928_231250</u>	Procuração
12187 012	29/09/2020 00:01	<u>DECLARAÇÃO DE POBREZA</u>	Documentos
12187 013	29/09/2020 00:01	<u>PRONTUÁRIO MÉDICO</u>	Documentos
12187 014	29/09/2020 00:01	<u>COMP PAG SEGURO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

SEGUEM ANEXOS.



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 29/09/2020 00:03:22
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092900005566800000011531477>
Número do documento: 20092900005566800000011531477

Num. 12187007 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 29/09/2020 00:03:23
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=20092900005605500000011531480>
Número do documento: 20092900005605500000011531480

Num. 12187010 - Pág. 1

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 105965574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 12249777-5 FATURA Nº 151605677
MÊS/ANO 5/2019

NOME / ENDERECO MORADOR DEUSALINA MARREIROS LIMA RUA SAO MATEUS, 880-AGUA MINERAL-TERESINA-PI-cep:64007410																									
LOCALIZAÇÃO 015-00010-002675	GRUPO 015	NÚMERO DO HIDRÔMETRO A04L523799																							
HISTÓRICO DE CONSUMO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>MÊS/ANO</th> <th>TIPO</th> <th>UDG</th> <th>FATURADO</th> </tr> <tr> <td>03-2019</td> <td>Lído</td> <td>21</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>02-2019</td> <td>Lído</td> <td>21</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>01-2019</td> <td>Lído</td> <td>26</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>12-2018</td> <td>Lído</td> <td>46</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>11-2018</td> <td>Média</td> <td>00</td> <td>11</td> </tr> </table>	MÊS/ANO	TIPO	UDG	FATURADO	03-2019	Lído	21	24	02-2019	Lído	21	21	01-2019	Lído	26	26	12-2018	Lído	46	23	11-2018	Média	00	11	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal
MÊS/ANO	TIPO	UDG	FATURADO																						
03-2019	Lído	21	24																						
02-2019	Lído	21	21																						
01-2019	Lído	26	26																						
12-2018	Lído	46	23																						
11-2018	Média	00	11																						
DATA ANTERIOR 23/04/2019 1548 ATUAL 23/05/2019 1573	LEITURA CONSUMO MÊS M3 25	LEI 12.741/2012 PIS/PASEP 07,95% + 1,65% = 1,78 CORFINS 107,95% + 7,60% = 8,23																							
TABELA DE TARIFAS		DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA																							
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO (M3/MÊS) 10 25 5.2809 65 25 999999 9.1500 65	DESCRÍÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95 > Residencial-Normal	REF. 25,0 m ³ 107,95																							
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO (M3/MÊS E H)	VENCIMENTO 04/06/2019	TOTAL A PAGAR 107,95																							
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES																									
ESTAMOS À VUESTRA DISPOSIÇÃO PARA QUITAR DÚVIDAS, ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.																									
NOTIFICAÇÃO: Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, Inciso II.																									
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)																									
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																				
CLORO LÍQUIDO	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L																				
COR APARENTE	2383	2168	215	8,67	Inferior a 15																				
FH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50																				
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5																				
COLIFORMES TOTais																									
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)																									
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																				
ESCHERICHIA COLI	600	650	0	Ausência	Ausente																				
	660	660	0	Ausência	Ausente																				

DATA DA EMISSÃO: 23/05/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:35



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 29/09/2020 00:03:23
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092900005605500000011531480
Número do documento: 20092900005605500000011531480

Num. 12187010 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
050.225.643-51 Deyves Marreros Perreira Lima

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

5 - Nome completo: Deyves Marreros Perreira Lima 6 - CPF: 050.225.643-51
7 - Profissão: Ricuro 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Ricuro Rua São matius 880
11 - Bairro: Agua mineral 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64007490
15 - E-mail: 08699054054

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 80708 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresina/PI 19/10/2020
Deyves Marreros

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





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

164 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003109/2019-85

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

Data/Hora: 15/08/2019 - 09:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

30/07/2019 - 22:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

BUENOS AIRES

Endereço

AV. DUQUE DE CAXIAS, Nº:

Complemento**Ponto de Referência**

BALÃO DA COCA-COLA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2454590 PI

Mãe: DEUSALINA MARREIROS

Pai: JOSÉ DE ARIMATEA PEREIRA LIMA

Endereço: RUA SÃO MATEUS, Nº 880

Bairro: ÁGUA MINERAL

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/CG 160 FAN, PLACA QRV-6680-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01178633567, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA LATERAL DA MOTO, PROVOCANDO A QUEDA DA VITIMA. FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES E LEVADO PARA O HOSP. DO BUENOS AIRES. NO DIA 01/08/2019 DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 418444). TESTEMUNHA: JESLEY ANTUNES GOMES, RUA SÃO MATEUS, 607, ÁGUA MINERAL.

DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL'

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kekko Leal Parafita
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat. 106.733-7





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: METALÚRGICO	RG: 2.454.590 SSP-PI
CPF: 050.225.643-51	FONE:
ENDEREÇO: Rua São Mateus, 880, Bairro: Água Mineral, Teresina-PI, CEP: 64.007-420.	

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro – Teresina – PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina-PI, 28 de setembro de 2020.

OUTORGANTE: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: 994643330/(what Zap: 994523253)
E-mail: ramonadv@bol.com.br / www.alexandreramon.jur.adv.br





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: METALÚRGICO	RG: 2.454.590 SSP-PI
CPF: 050.225.643-51	FONE:

ENDEREÇO: Rua São Mateus, 880, Bairro: Água Mineral, Teresina-PI,
CEP: 64.007-420.

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina-PI, 28 de setembro de 2020.

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA
DECLARANTE

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120 telefones:
(86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 29/09/2020 00:03:24
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092900005699500000011531482>
Número do documento: 20092900005699500000011531482

Num. 12187012 - Pág. 1

Melhor



NOME DO PACIENTE: Degnes Marreiros Pereira Loura
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 2118444

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 GERAL DO BUENOS AIRES

Rua Miguel Alves S/N Buenos Aires - Fone: 86 3215-9176
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37

Imp: 02/03/2020 08:52:03
(RUBENS)

DECLARAÇÃO DE COMPARCIMENTO

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA	<u>Prontuário:</u> 49576
<u>Mãe:</u> DEUSELINA MARREIROS	<u>Pai:</u> JOSE DE ARIMATEIA PEREIRA LIMA
<u>End.Resid.:</u> RUA MSAO MATEUS 880 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64040-000	
<u>Nascimento:</u> 14/07/1984	<u>Idade:</u> 35a0m17d
<u>Responsável:</u> O MESMO	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> - - -
<u>Profissão:</u>	<u>CNS:</u> 203950590670009
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>Documento:</u> CPF: . . . -
<u>End.Local.:</u> - - -	<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 170879	<u>Data:</u> 31/07/2019 22:50:43	<u>Clas.</u> Cor: Verde
<u>Motivo da Procura:</u> TORÇÃO EM MEMBRO		<u>Convênio:</u> S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 31/07/2019 de 22:50 às : horas para fins de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 170879//////////

HOSPITAL GERAL DO BUENO AIRES
ENTREGUE
Documento Confere Conforme Original
THE 02/03/2020
Setor Produção

TERESINA(PI), 2 de Março de 2020.

Rubens Faber
H.G.BAIRES
CHEFE PRODUÇÃO
02/03/2020

Ass. e Matrícula do Servidor

Nota: De acordo com a resolução CFM no. 1851/23008, D.O.U. de 18/08/2008, seção I, Pag. 256.



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 29/09/2020 00:03:25
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200929000575400000011531483
Número do documento: 200929000575400000011531483

Num. 12187013 - Pág. 2



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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA		Pai:	Frontuário: 418444
Mãe:	DEUSELINA MARREIROS		
End. Resid.:	RUA SAO MATEUS, 880 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-100		
Nascimento:	14/07/1984	Idade:	35a0m18d
Responsável:	DEUSILENE	Sexo:	Masculino Fone: 86-98852-6329
Profissão:	AUTONOMO	CNS:	704201224343382
G. Instrução:	Não informado Documento: RG: 2454590 - SSPPI		
E.Civil: Solteiro(a)			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 733946	Entrada: 01/08/2019 08:37:40	Convênio: SUS	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA MESMO NÍVEL			
Idaçao: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PACIENTE SOFREU QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MSE. NEGA ALERGIAS. ECG=15		MARIA AMELIA LOPEZ DE SOUSA CABRAL COREN 93943 Em: 01/08/2019 09:04:19

SSVV: Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM TRAUMA DE PUNHO ESQ CD: RX				

Diagnóstico Inicial: ?	Exames Complementares: (1274261) - PUNHO ESQUERDO	CID: 2525 0108020404 CONFERENCIA ORIGINAL
------------------------	---	---

Prescrição Médica:	Dr. JAMESON M. de JESUS Jr. Ortopedia/ Traumatologia CRM: 3873 TEOT: 11094
--------------------	--

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

Deusilene Marreiros P. Lima
Assinatura Paciente ou Responsável

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
3321 Em: 01/08/2019 09:08:13





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



Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 733946

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:				
<u>Nome:</u>	DEVVES MARRETIROS PEREIRA LIMA			
<u>Prontuário:</u>	418444		<u>Local:</u>	<u>Leito:</u>
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>	Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00	IMC (Kg/m ²): 0,00

REGISTROS DE ENFERMAGEM



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 707851980	Nº REGULAÇÃO: 84968	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA	NASCIMENTO: 14/07/1984	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: 01/08/2019 03:22:48 01/08/2019 03:04:29 01/08/2019 02:29:26 01/08/2019 02:01:28 01/08/2019 01:54:32 01/08/2019 01:39:44 01/08/2019 01:31:47 PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA EVOLUINDO COM FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: RX			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO ANTEBRACO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 160x100(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 85bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 18rpm
GLICEMIA: 125mg/dL	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 01/08/2019 03:04:29

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Elisa Júlia Tinentel Chaves
Matrícula: 68904
SAME - HUT
CONFERTE COM O ORIGINAL



extra 5

JUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
RESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

PREScrição MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
							OBSERVAÇÕES
DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA	418444	14/07/1984	35	ORTOPEDIA	CORREDEDOR 5		

DATA/HORA

CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DI:

FRAT. PUNHO E

02/08/19

10

Dieta oral livre

2jelco salinizado

3Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs

4Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs

5Tramado 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN

6Pasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N

7Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h

8Curativos diártios

9Cuidados gerais e sinais vitais

10

Dr. André Henrique Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3351

Dr. André Henrique Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3351

Dr. André Henrique Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3351

Dr. Giordano Conzembrugge / Dr. Neri Lino Gó Fálix / Dr. Rômulo S. Valenca / Dr. Paulo H. L. Pestana Filho

Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM3415-TE0110029 / CRMPIZ308 / CRM3766-TE0111305 / CRM3367



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 29/09/2020 00:03:25
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092900005754000000011531483>
 Número do documento: 20092900005754000000011531483

Num. 12187013 - Pág. 6

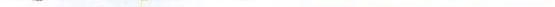
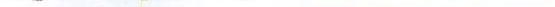
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NOME	DEIVIS MATTOS BONELI NUNA	IDADE	35	anos	DATA	01/09	/2019			
HORÁRIO DE ADMISSÃO	19	hs	10	min	TIPO DE ANESTESIA	() GERAL	() RAQUE	(X) BLOQUEIO	() PERIDURAL	() SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA	TTS - TUL - PNL 660.						CIRURGIÃO			

CIRURGIA REALIZADA		HORÁRIO
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	161 X 92	174 X 94
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	73	74
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100 %	100 %
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME / MATRÍCULA		

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

O2	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂ .			
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	10	
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	Vaca	Jaca

SONDA VESICAL DRENO DE SUCÇÃO DRENO TORACICO DVE COLOSTOMIA SONDA () NASOG()NASOE

Evolução de Enfermagem: jgh: Admitido 0º 35g em 10/1 de fevereiro suspeito de punho esquerdo, sob anestesia de pleura bronquial, TO: 1100 e SES. VPEO

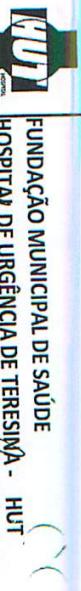
www.w3schools.com

ALTA SRPA

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO | EXTERNO | SALA DE GESSO | LUMAGENS E GRÁFICOS | 1





PRESCRIÇÃO MÉDICA

100mL
55.0dm³

PREScrição MÉDICA					
FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT			Deuve 15:00h		
NOME DO PACIENTE		MARIA DE JESUS MENDES MACHADO			
DATA/HORA	PRSCRIÇÃO MÉDICA	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO
			Otorrino		
01/08/19			HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				OBSERVAÇÕES	MÉDICO ASSISTENTE
1	Dieta oral livre, zero após meia noite	24h	11:30 Pernambuco An Casa Feliz N° 200	Conselho	
2	SF 0,9% 500 ml EV em 24H P/MV	14 24 06	MSD	19274	
3	Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h	12 24			
4	Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h				
5	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS				
6	Ssw + ccgg				
7					
8					
9	Dr. Janete S.M. de Lemos Traumatologista Ortopedista Quadril 11094 GAM 2873				





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

228909

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	244275

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA	6 - Frontuário: 418444		
7-CNS: 704201224343382	8-Nascimento: 14/07/1984	9-Sexo: Masculino	RG: 2454590 - SSPPPI
11-Mãe: DEUSELINA MARREIROS			12-Fone: 86-98852-6329
13-Resp: DEUSILENE			14-Cor: Parda
-Ender: RUA SAO MATEUS, 880 - AGUA MINERAL - CEP: 64000-100	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-100
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
PACIENTE SOFREU QUEDA DA PROPIA ALTURA APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MSE, PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.

21 - Condições que justificam a internação:
A MESMA

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

23-Diagnóstico Inicial:
Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Princ.: **V** S525 25-CID Sec.: **26-CID C.ASS.:**

28-Cod.Proced.: 0408020407	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	Tempo SUS: 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15	<p>Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia Cir. Quadril CRM: 3878 TEOT: 11094</p> <p>35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)</p>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	34-Data Solicitação: 01/08/2019	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

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

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Deusilene Pereira R. Lima</i>	Usuário: (ALCINA OLIVEIRA) Consulta Local: 733946 Consulta SUS: Impressão: 01/08/2019 09:52:11
--	--





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Paciente:	Prontuário:	Cod. Internação:			
Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA	418444	244275			
Mãe: DEUSELINA MARREIROS	Nascimento:	Cartão SUS:			
	14/07/1984	704201224343382			
Equipe:					
Cirurgião: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA (CPF: 643.843.143-53)	1o. Aux.:(CPF:))			
2o. Aux.:(CPF:)	3o. Aux.:(CPF:))			
Instrumentador:(CPF:)	Anestesista:(CPF:))			
Relatório:					
Data Cirurgia: 01/08/2019	Inicio: 16:30	Fim: 17:00	Tipo Cirurgia: ORTOPÉDICA	Tipo Anestesia: GERAL	Sala Cirúrgica: SALA 01
Diagnóstico Pré-Operatório: Frat de rádio distal E					
Relatório Imediato do Patologista: XXXXXXXXXX					
Acidente Durante a Operação: XXXXXXXXXXXXXXXXXX					
Diagnóstico Pós-Operatório: Frat de rádio distal E					
Descrição da Cirurgia (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) ASSEPSIA E CAMPOS NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO REDUÇÃO FECHADA DA FRATURA DE RÁDIO DISTAL FIXAÇÃO COM FIOS K CURATIVO ESTERIL IMOBILIZAÇÃO COM TALA					
Código: 0408020407	Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE /	Proc.Rea: Sim	Proc.Princ.: Não	Valor SH.: 159,49	Valor SP.: 94,31

DR. ALEXANDRE RAMON
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3200-PI

Assinado em 29/09/2020
Assinado por Alexandre Ramon
CRM 3200-PI
Assinado em 29/09/2020
Assinado por Alexandre Ramon
CRM 3200-PI

a 1

Carimbo Ass. Prof. Responsável



HU HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA	FICHA DE ANESTESIA			FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA											
Nome: <i>De Yves Manneiros P. Lima</i>				Sala:	Alergia: <i>NEGA</i>			Data: <i>01/08/10</i>							
Procedimento: <i>TC Fartura sumo Esquerdo</i>				Observações:											
Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
1 CEFAZOLINA	<i>g</i>			<i>2.0</i>			<i>2.0</i>								
2 Dipirona	<i>g</i>						<i>100</i>								
3 TRAMAL	<i>mg</i>						<i>2.0</i>								
4 TENSICIDA	<i>mg</i>														
5 Decadron	<i>mg</i>			<i>8.0</i>											
6 NAUSEBON	<i>mg</i>			<i>4.0</i>											
7 MIDAZOLAM	<i>mg</i>			<i>50</i>											
8 FENTANIL	<i>mcg</i>			<i>101</i>											
9															
10															
11															
12															
13															
Oxigênio															
AR/N2O	%														
Volátil															
Acesso Vascular															
<input checked="" type="checkbox"/> Periférico															
Cat. Venoso nº	G														
<input type="radio"/>	Dificuldade aces. venoso														
Gastos	cateteres														
<input type="radio"/>	Central														
Via Aérea															
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal															
IOT nº															
<input type="radio"/>	LMA nº														
Monitorização:															
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscopia															
<input checked="" type="checkbox"/> PANI															
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso															
<input type="radio"/>	ETCO2														
<input type="radio"/>	Outros														
Anestesia:															
<input type="radio"/>	Geral Venosa														
<input type="radio"/>	Geral Balanceada														
<input type="radio"/>	Raquianestesia														
<input type="radio"/>	Peridural														
<input checked="" type="checkbox"/> Bloqueio Periférico															
<input type="radio"/>	Outros														
Decúbito: <i>Dorsal</i>															
SPO2 (%)		100	100	100											
ETCO2 (mmHg)															
Aces. Venoso		<i>(SE)</i>			<i>(SF)</i>										
Aces. Venoso															
Diurese															
Perdas Sanguíneas															

Descrição da Anestesia:

*Bloq. nasal (E): Agulha A-100, guilote por VS,
administração 15ml lidocaina 2% CVC + epinefrina 1:
0.5% CVC*

Dr. Italo Hippolyto B. T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM-1053 / RQE 2968
Anestesiologista





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



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____

PACIENTE: _____ Nº AIH: _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

2 fios k 2 m m

[Handwritten signature]

DR. ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO
ORTOPEDISTA - CLÍNICO MÉDICO
CRM 6200-PI

Assinatura do Médico Solicitante

DATA:

AUDITOR

Assinatura do Médico Auditor

Função: Auditor Clínico
Data: 09/04
CRM: 6200-PI

RÁDIO X REALIZADO
DATA: _____ HORA: _____
TÉCNICO: _____

Assinatura do Médico Solicitante

A:

J. 001 - HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 01/08/18

NOME DO PACIENTE: Deyves Marcius P. Lima		PRONTUÁRIO N°: 418444
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA: B-P-B	Nº DA SALA: 02	
CIRURGIÃO: Dr. Arthur	CPF N°:	
AUXILIAR:	CPF N°:	
ANESTESIA: Dr. Hélio	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA: Júlio	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA N° 7-0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 7-5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALGODOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			luva n° 8-5	02		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	03 Bacterias 05 Cronom 03		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C-C			
VICRYL				CIRCULANTE: Deyves			
PROLENE							





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200115755 Vítima: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Data do Acidente: 30/07/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12.50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000080708-6

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avançada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAVIS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

