

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Acesso 1º, PJe Consulta pr, PJe 0821690-47, Baixar o arq, (32) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=573540&ca=23603d7649be9222d7f39fb752273...

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

PJe ProceComCiv 0821690-47.2020.8.18.0140
DEVES MARREIROS PEREIRA LIMA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

12711921 - CONTESTAÇÃO (2760007 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 26/10/2020 10:39:36

26 Oct 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12711910 - CONTESTAÇÃO
- 12711921 - CONTESTAÇÃO (2760007 CONTESTACAO 01)
- 12711924 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 12711927 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 12711928 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 12711929 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9

2760007- C3/ 2020-03923/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PT 10:39 26/10/2020



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
12711924	26/10/2020 10:39	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DUQUE DE CAXIAS, Nº

Complemento

Data/Hora

30/07/2019 - 22:30

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

BALÃO DA COCA-COLA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

RG: 2454590 PI

Mãe: DEUSALINA MARREIROS

Pai: JOSÉ DE ARIMATEA PEREIRA LIMA

Endereço: RUA SÃO MATEUS, Nº 880

Bairro: ÁGUA MINERAL

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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, AGUA MINERAL. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA
DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

Cláudio Costa De Sousa
Agente de Polícia Civil
M. 1.1.1.1





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: 050.225.643-51 4 - Nome completo da vítima: Deyves Marreiros Pereira 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 Marreiros Pereira Lima 6 - CPF: 050.225.643-51
7 - Profissão: Ricuso 8 - Endereço: Rua São Mateus 9 - Número: 880 10 - Complemento:
11 - Bairro: Agua Mineral 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64007-420
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 086)9905 4054

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2004 CONTA: 80708 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascitor)? ☐ 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 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.

34 - Impressão digital da vítima 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
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina Piauí, 19/10/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

5.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000080708-6

Nr. da Autenticação 6F5FC66892A2AFBE



AGUAS DE TERESINA

CNPJ: 08.901.041/0001-11
 END: RUA SANTO ANTONIO, 1200, TERESINA - PIAUÍ - CEP: 64000-000
 FONE: (085) 3441-1111 / (085) 3441-1112

TO 1.00
2249777-5

MATRÍCULA
12249777-5

FATURA Nº
151605677

MÊS/ANO
5/2019

DEUSALINA MARREIROS LIMA
 RUA SAO MATEUS, 880-AGUA MINERAL-TERESINA-PI-cep:64007410

015-00010-002675 015 A04L523799

MÊS/ANO	Tipo	VALOR	FATURADO
05/2019	Liquido	20	20
06/2019	Liquido	21	21
07/2019	Liquido	21	21
08/2019	Liquido	20	20
09/2019	Liquido	46	23
10/2019	Liquido	03	11

1 Residencial - Normal

ANTERIOR 23/04/2019 1548 25 25
 ATUAL 23/05/2019 1573 PS BASEM 07,95+1,00 = 8,95
 COTAS 107,95+7,00 = 114,95

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	TARIFA DE CONSUMO (R\$/m³)
00 - 05	5,0000 - 65
06 - 999999	9,1522 - 65

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR REFERENTE AGUA - 107,95
 > Residencial-Normal 25,0 m³ 107,95

VENCIMENTO 04/06/2019 TOTAL A PAGAR 107,95

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO
 OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA
 FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

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
Temperatura	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
Condutividade	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
pH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
Alcalinidade	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ES. COLIFORMES	660	656	4	Ausência	Ausente
ES. COLIFORMES	660	660	0	Ausência	Ausente

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



esina

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: 01/03/2020 08:52:03
(RUBENS)

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 170879	Data: 31/07/2019 22:50:43	Clas. Cor: Verde
Motivo da Procura: TORÇÃO EM MEMBRO		Convênio: 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 BUENOS AIRES
ENTREGUE
Documento Conforme Original
THE 22.03.2020
[Assinatura]
Setor Produção

TERESINA(PI), 2 de Março de 2020.

Rubens Faber
H.G.B.AIRES
CHEFE PRODUÇÃO
0210312020

Ass. e Matrícula do Servidor

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



Alto



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Wagner Manoel Pereira Lima
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 418444

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 733946	Entrada: 01/08/2019 08:37:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA MESMO NÍVEL			
Idução: 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 LOPES DE SOUSA CABRAL COREN 93943 Em: 01/08/2019 09:04:19

SSVV: (Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: PACIENTE COM TRAUMA DE PUNHO ESQ CD: RX

5525
0408020407

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: (1274261) - PUNHO ESQUERDO

Prescrição Médica:

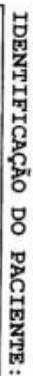
Motivo da Alta/Encerramento:

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



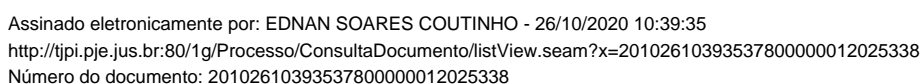


Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 7333946

Imp: 01/08/2019 09:08:14

<u>Nome:</u> DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA		<u>Prontuário:</u>	418444	<u>Local:</u>		<u>Idade:</u>	
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>	<u>Peso (Kg):</u>	0,00	<u>Altura (m):</u>	0,00	<u>IMC (Kg/m²):</u>	0,00


[illegible]

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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


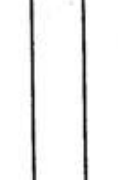
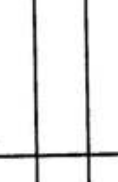
DADOS CLÍNICOS

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 RADIO 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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA		418444	14/07/1984	35	ORTOPEDIA	CORREDOR 5		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA					HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
DI : 02/08/2019	FRAT. PUNHO E							
02/08/19								
1	Dieta oral livre							
2	Jelco salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
10	<div> <div>  <p>Dr. André Henrique L. L. Silva CRM 3357</p> </div> <div>  <p>Dr. Ricardo S. Valença</p> </div> <div>  <p>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</p> </div> </div>							
Dr. Giordano Conzembeiger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT10029 / CRM12308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM13367								



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME DEIVILTON SOARES DE OLIVEIRA IDADE 35 anos DATA 01/08 /2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA 17X, TELA DE FIBRA DE VIDRO CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>161 X 92</u>	<u>124 X 94</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>73</u>	<u>74</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA		

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL	<u>10</u>			<u>10</u>
ASS.	<u>10</u>			<u>10</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 19h: Admitido O^o 35a em 101 de Fiebre da Fístula do bumbô esquerdo, sob anestesia de bloqueio do plexo Braquial, TO 100% e sedes. VIDA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () NOT () NEU () CIR () MÉD



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

13:00h

NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

ENF. OU AP. LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

MARIA DE JESUS MENDES MACHADO

Ortopédica

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

01/08/19

1. Dieta oral livre, zero após meia noite

2. SF 0,9% 500 ml EV em 24H PMV

3. Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h

4. Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h

5. Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS

6. Ssvv + ccgg

7.

8.

9.

Dr. Jaimerson M. de Lemos Jr.
Tratamento de Logística
Ortopédica
CRM: 26818-1
Rég. Prof. 11094

13h

cc

cc - ACOHA

cc - ACOHA

11:30 Funcionamento AUB

com febre N:30 em

MSD. 9/9/2019





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 - Prontuário: 418444		
7-CNS: 704201224343382	8-Nascimento: 14/07/1984	9-Sexo: Masculino	RG: 2454590 - SSPPI
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			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-100

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 Prim: S525	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	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:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho): Deusilene Marreiros P. Lima	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	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**Paciente:**

Centro Cirúrgico

Nome:

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Prontuário:

418444

Cod. Internação:

244275

Mãe:

DEUSELINA MARREIROS

Nascimento:

14/07/1984

Cartão SUS:

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

Início:

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:

Descrição:

0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE /

Proc.Rea:

Sim

Proc.Princ.:

Não

Valor SH.:

159,49

Valor SP.:

94,31

Ednan Soares Coutinho
ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA
CRM 3200-PI

Carimbo Ass. Prof. Responsável




Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:39:35

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610393537800000012025338>

Número do documento: 20102610393537800000012025338

Num. 12711924 - Pág. 14

		FICHA DE ANESTESIA		FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome:	DEYVES MARCELO P. LIMA			Sala:	
Procedimento:	TC Farturas (2) JUNTAS ESQUERDAS (18)			Alergia:	NEGA
				Observações:	Data: 01/08/19

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 CEF AZOLINA	g		2.0										
2 DILATORIN	g				2.0								
3 TRAMAL	mg				100								
4 TENOXICAN	mg				2.0								
5 DECAPOIN	mg		8.0										
6 NAUSEONAN	mg		4.0										
7 MIDAZOLAM	mg			5.0									
8 FENTANIL	mg		10										
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico
- Cat. Venoso nº ____ G
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- Gastos __ cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº ____
- ☐ LMA nº ____

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☐ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☒ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: Prone

SPO2 (%)	100	100	100
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso	(SE)	(SP)	
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia:

Bloq. Naxiran(E): Agulha A-100, guiada por US,
administrado 15ml lidocaina 2% CVC + Bupivac.
0.5% CVC

Dr. João Hipólito B. T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM: 053 / 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 un

[Handwritten signature]

DR. EDNAN SOARES COUTINHO
ORTOPEDIA
CRM 3200-PI

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

[Handwritten signature]

RAIO-X REALIZADO
DATA: _____ HORA: _____
TÉCNICO: _____

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

001 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

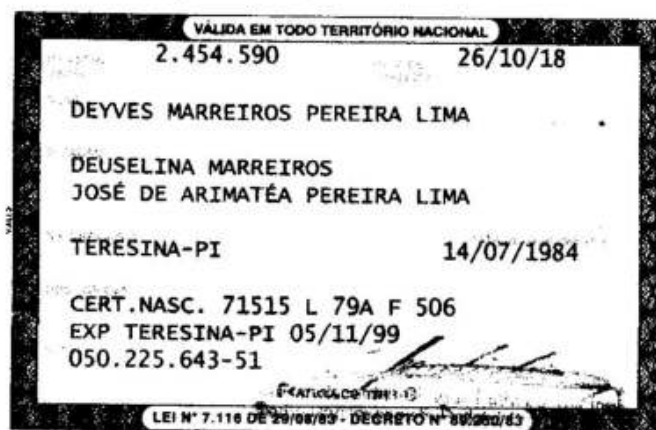
DATA 01/08/18

NOME DO PACIENTE: <u>Deives Martins P. Lima</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>418444</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>B.P.B</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. João</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Jana</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <u>7-0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7-5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 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- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Luva nº 8-5</u>	02		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>Exovas 03</u>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Exovas 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Cupom 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>C.C</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Lapuma</u>			
PROLENE							





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115755 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA **Data do acidente:** 30/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115755 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA **Data do acidente:** 30/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: a

Resultados terapêuticos: a

Sequelas permanentes: a

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091753/20

Vítima: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

CPF: 050.225.643-51

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2019

Titular do CPF: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA : 050.225.643-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/03/2020
Nome: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA
CPF: 050.225.643-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO





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, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115755

Vítima: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

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,

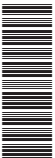
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15621308

Pag. 00491/00492 - carta_01 - INVALIDEZ

00030246





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, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115755

Vítima: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00485/00486 - carta_02 - INVALIDEZ

00020243



Carta nº 15663749





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, 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 avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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





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: 050.225.643-51 4 - Nome completo da vítima: Deyves Marreiros Pereira 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 Marreiros Pereira Lima 6 - CPF: 050.225.643-51
7 - Profissão: Ricuso 8 - Endereço: Rua São Mateus 9 - Número: 880 10 - Complemento:
11 - Bairro: Agua Mineral 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64007-420
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 086 9905 4054

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 807086

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 teve filhos? ☐ 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 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.

34

Impressão digital da vítima 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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina Piauí 19/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

5.001 V002/2019