

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface for a legal proceeding.

The main title bar reads: PJe ProceComCiv 0821690-47.2020.8.18.0140 □ DEYES MARREIROS PEREIRA LIMA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

The left sidebar shows a tree view of documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" (Case Filing Motion), including:

- 12711910 - 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

The central content area displays a document titled "downloadBinario.seam" (page 1 of 9) with the following text:

2760007-C3/ 2020-03923/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

The bottom status bar shows the date and time: 26/10/2020 10:39.



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
12711 924	26/10/2020 10:39	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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

Data/Hora

Tipo Local

30/07/2019 - 22:30

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

Endereço

BUENOS AIRES

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

Lido e assinado - Dei a Firma
Atestado - Declarado
V. 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:

Deyvis Marruáas 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:

Deyvis Marruáas Perreira Lima

6 - CPF:

050.225.643-51

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

Rua São matias

9 - Número:

880

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Agua mineral

12 - Cidade:

Tiracima

13 - Estado:

P

14 - CEP:

69007420

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

080)99054054

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 80708

6

(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 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 atende 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. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu nascituro (nascer)

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

NÃO ALfabETIZADO

34

impressão digital da vítima ou beneficiário. Adelante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Tiracima 19/02/2020

Deyvis Marruáas Perreira Lima

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.001 V002/2019

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:39:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610393537800000012025338>
Número do documento: 20102610393537800000012025338

Num. 12711924 - Pág. 3

ÁGUAS DE
TERESINA

CEP: 64000-740 - FONE: (85) 3222-2222
Av. Presidente Dutra, 2900, Centro - CEP: 64000-740
961-1111 - DDD: 85 - Celular: 85-98115-4411

MATRÍCULA 12249777-5 **FATURANº** 151605677
2265222032519 **MÊS/ANO** 5/2019

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

015-00010-002675	015	A04L523799			
ANTERIOR 23/04/2019 1548	25	VALOR TOTAL R\$ PÁGINA 0,75 x 1,60 = 1,12 CORTES 107,95 x 7,62 = 9,12			
ATUAL 23/05/2019 1573					
TABELA DE TARIFAS					
RESIDENCIAL	VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95 R\$ > Residencial-Normal 25,0 m ³ 107,95				
FAIXA DE CONSUMO (m ³)	VALOR				
10 - 25	5,2200	65			
25 - 50	9,5222	65			
INFORMAÇÕES FISCAIS					
VENCIMENTO	04/06/2019 TOTAL FÁCIA 107,95				
IRREGULARIDADES / ANOMALIADES					
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	ANOTATRAS REALIZADAS	ANOTATRAS EM CONFORMIDADE	ANOTATRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERTINENTE
CLORO	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
COR DE ÁGUA	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
PH	1065	1058	327	6,27	6,00-9,50
TEMPERATURA	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)					
PARÂMETROS	ANOTATRAS REALIZADAS	ANOTATRAS EM CONFORMIDADE	ANOTATRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERTINENTE
ES. COLIFORMES	600	650	4	Ausência	Ausente
ES. COLIFORMES	600	600	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 COMPARCIMENTO

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 Confere Conforme Original
THE 03/03/2020
Série Produção

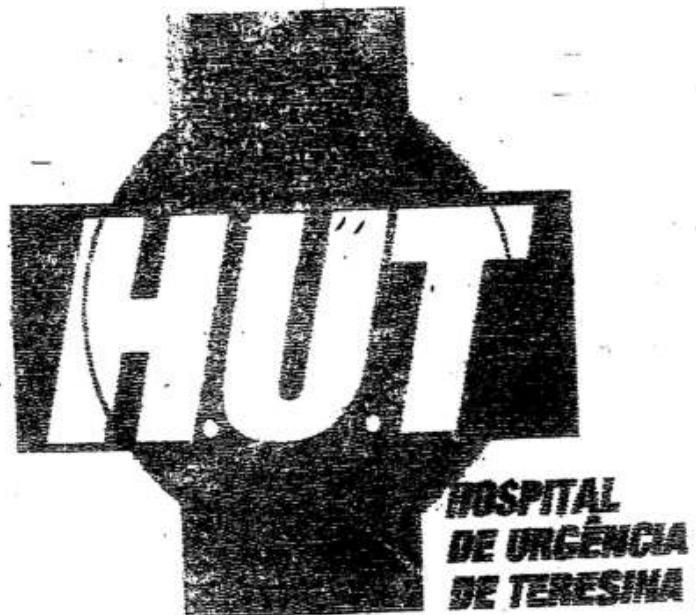
TERESINA(PI), 2 de Março de 2020.

Rubens Faber
H.G.BAIXES
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.





Attn:

NOME DO PACIENTE: Deyves Manoel Pereira Braga
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 218444

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

01/08/2019 08:37:40
01/08/2019 09:08:14

Imp: 01/08/2019 09:08:14
(User: CLAUDIO AURELIO)
(Estação: GESS002)

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			
educação: 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/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

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

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
Exames Complementares: (1274261) - PUNHO ESQUERDO	KR

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

Dr. Javerson M. de Lemos Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3878 / QUADRIL
TEOT: 11094





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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: **DEVRES MARREIROS PEREIRA LIMA**
Prontuário: 418444 Local: **Leito:**

Prontuário: 418444 Local: **Leito:**
Tipo Sanguíneo: **Fator RH:** Peso (Kg): 0,00 Altura (M): 0,00 IMC (Kg/m²): 0,00

ITEM: PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO:

SINAIS VITAIS:

HORA: T: P: R/SatO2: PA: Dor: Glicemia Diurese

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

*Dr. Jamerson
Ortopedista*
*Dr. J. C. de Lemos Jr.
Traumatologista*
*Dr. J. C. de Lemos Jr.
Traumatologista*
TEOR: 11034



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



15

JNDAÇÃO MUNICIPAL
RESINA - HÍLTON

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:39:35
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610393537800000012025338>
Número do documento: 20102610393537800000012025338

Núm. 12711924 - Pág. 10



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Denise M. M. Dantas IDADE 35 anos DATA 01/09/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA TR. T2/3. PNL. GOL. CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>161X92</u>		<u>174X94</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>73</u>		<u>74</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100 %</u>		<u>100 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (0°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 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"/>
PIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnêa	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input 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 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 O2	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		TOTAL	<u>10</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u>10</u>		<u>10</u>

() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() 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: Admitida O³ 35g em TO de fissura diafrágma
do tórax causando, sob anestesia de bloco de plexo braquial, TO 45g e 60g. Válvula

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 [] NORT [] NEU [] CIR [] MÉD





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESÍ

MA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Denver
15:com





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 - 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
-Ende: 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 PRÓPRIA 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 ANTEBRAÇO	Tempo SUS: 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15 CPF	Dr. Jamerson M. de Lemos Jr. Ortopedia / Traumatologia Cir. Quadril
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	34-Data Solicitação: 01/08/2019	CRM: 3878 TECOT: 11094 35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOB:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência: (<input type="checkbox"/>) Empregado (<input type="checkbox"/>) Empregador (<input type="checkbox"/>) Autônomo (<input type="checkbox"/>) Desempregado (<input type="checkbox"/>) Aposentado (<input type="checkbox"/>) Não Segurado
--

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	Usuário: (ALCINA OLIVEIRA) Consulta Local: 733946 Consulta SUS: Impressão: 01/08/2019 09:52:11
48-Documento: (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Deusilene Marreiros A. Lima
--

**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:	Frontuário:	Cod. Internação:
DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA	418444	244275
Mãe:	Nascimento:	Cartão SUS:
DEUSELINA MARREIROS	14/07/1984	704201224343382

Equipe:

Cirurgião:	1o. Aux.:
ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA (CPF: 643.843.143-53)	(CPF:)
2o. Aux.:	3o. Aux.:
(CPF:)	(CPF:)
Instrumentador:	Anestesista:
(CPF:)	(CPF:)

Relatório:

Data Cirurgia:	Inicio:	Fim:	Tipo Cirurgia:	Tipo Anestesia:	Sala Cirúrgica:
01/08/2019	16:30	17:00	ORTOPÉDICA	GERAL	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:	Proc.Rea:	Proc.Princ.:	Valor SH.:	Valor SP.:
0408020407	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE /	Sim	Não	159,49	94,31

MS
DR. ADRIANO SOARES
ORTOPÉDICO E RUMATOLÓGIA
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

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 Manoelos P. Lima</i>		Sala:	Alergia: <i>NEGA</i>			Data: <i>01/08/19</i>								
Procedimento: <i>TC Fratura fumero Esquerdo</i>	Cirurgião: <i>18</i>	Observações: <i>19</i>												
Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
1. Etomidato	g		2.0											
2. Dipirona	g			2.0										
3. Tramadol	mg				100									
4. Tenoxicam	mg				2.0									
5. Decadron	mg		8.0											
6. Nauszidon	mg			4.0										
7. Midazolam	mg				50									
8. Fentanil	mg		10											
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
Exigência														
AR/N2O														
Volátil	%													
Acesso Vascular														
<input checked="" type="radio"/> Periférico														
Cat. Venoso nº	G													
<input type="radio"/> Dificuldade aces. venoso														
Gastos	cateteres													
<input type="radio"/> Central														
Via Aérea														
<input checked="" type="radio"/> Cateter nasal														
IOT nº														
<input type="radio"/> LMA nº														
Monitorização:														
<input checked="" type="radio"/> Cardioscopia														
PANI														
<input checked="" type="radio"/> Oxímetro de pulso														
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="radio"/> Bloqueio Periférico														
<input type="radio"/> Outros														
Decúbito: <i>Prone</i>														
SPO2 (%)		100	100	100										
ETCO2 (mmHg)														
Aces. Venoso		<i>50</i>	<i>55</i>	<i>55</i>										
Aces. Venoso														
Diurese														
Perdas Sanguíneas														

Descrição da Anestesia:

*Bloq. Axilar (E): Agulha A-100, guilhotina 40 US,
administrado 15ml lidocaina 2% CVC + Bupiv. 0.5% CVC*

Dr. Raul Hipólito B. T. Silva
Médico Anestesiologista
C.R.: 053 / RQE 2568
Anestesiologista





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

Y

DR. ADRIANO SOARES
ORTOPEDISTA
CRM 3200-PI
CLÍNICO

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

K

LAUDO REALIZADO
DATA
TÉCNICO

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

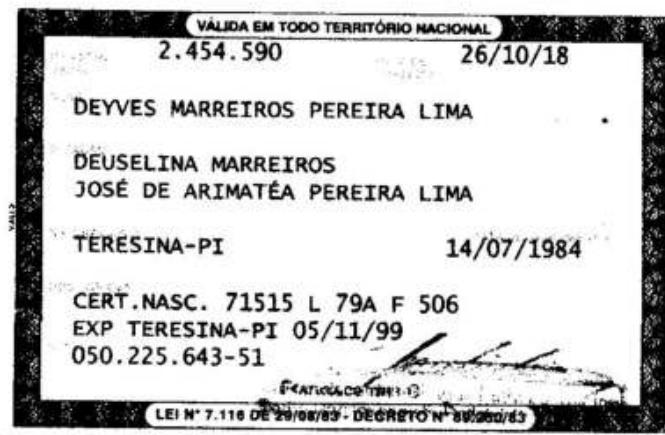
DATA 01/08/18

NOME DO PACIENTE: <u>Deyver Mameius 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. Hugo</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA: <u>Juva</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	<u>—</u>		LUVA Nº <u>7-0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7-5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	.		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>250</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>04</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	.		PVPI TINTURA	ML	.	
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>15</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	.		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			luva Nº <u>8-5</u>	02		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	<u>Extravas 03</u> <u>Extracorr 05</u> <u>Crypom 03</u>		
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: <u>C.C</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>luva</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 a 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2019

Titular do CPF: DEYVES MARREIROS PEREIRA LIMA

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

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



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. 21



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

Pag. 00491/00492 - carta_01 - INVALIDEZ



00030246

Carta nº 15621308



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:39:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610393537800000012025338>
Número do documento: 20102610393537800000012025338

Num. 12711924 - Pág. 22



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



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. 23

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.

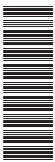
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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

00020253




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:

Deyvis Marruáos Pereira Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Deyvis Marruáos Pereira Lima 050.225.643-51

7 - Profissão:

Ricurso

8 - Endereço:

Rua São matheus

9 - Número:

880

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Agua mineral

12 - Cidade:

Tiracima

13 - Estado:

PT

14 - CEP:

64007 420

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

080)9905 4054

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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: 80708

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(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 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. 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 (val 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 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
e/ou declarante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Tiracima 29/02/2020

DE GES / MARREIRO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.001 V002/2019