

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Sistema, PJe Acesso 1º, PJe Consulta pr, PJe 0800335-75, Baixar o arq, (30) Whats, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=473782&ca=17a609a89e41fbf859696a4d423deb...

Navigation bar: PJe, PJE 0800335-75.2020.8.18.0141, EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

Search bar: 12775790 - CONTESTAÇÃO (2760739 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 28/10/2020 09:49:17

Left sidebar (28 Oct 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12775788 - CONTESTAÇÃO
 - 12775790 - CONTESTAÇÃO (2760739 CONTESTACAO 01)
 - 12776094 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12776097 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12776101 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12776104 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area (downloadBinario.seam):

1 / 11

2760739- C3/ 2020-03951/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Taskbar: PT, 09:49, 28/10/2020



Número: **0800335-75.2020.8.18.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Altos Sede**

Última distribuição : **05/03/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA (AUTOR)		KLEBER MENDES PESSOA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12776 094	28/10/2020 09:49	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023409

Vítima: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO ALEXANDRE DE 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,

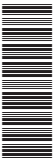
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15364522

Pag. 01265/01266 - carta_01 - INVALIDEZ

00030633





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200023409 Vítima: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

Data do Acidente: 07/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00515/00516 - carta_11 - INVALIDEZ

00070258





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 001.647.823-11 4 - Nome completo da vítima: Edinaldo Alexandre de 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: Edinaldo Alexandre de Lima 6 - CPF: 001.647.823-11
7 - Profissão: Servidor público 8 - Endereço: Rua Luiza Rodrigues 9 - Número: 123 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Cruz 12 - Cidade: Beneditinos 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.380.000
15 - E-mail: edinaldo.lima2017@gmail.com 16 - Tel (DDD): 86 99491-0203

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\$1.000,00 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 3428 1 CONTA: 86.359 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Beneditinos - PI 19/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Edinaldo Alexandre de Lima

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ra do Representante Legal (se houver)

02/2019



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE BENEDITINOS-PI



572227

CERTIDÃO

DADOS DO REGISTRO

Responsável pelo Registro: Alexsandro Bezerra dos Santos (Agente de Polícia)	Delegacia de Beneditinos
Ocorrência nº 132/2019	Data do Registro: 08/10/2019
Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO	Hora do Registro: 12:35hs

NOTICIANTE

Nome: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA**
Nacionalidade: **Brasileiro**
Estado Civil: **casado**
Profissão: **servidor público**
Nascido: **27.06.1982**
Filiação: **Laura Maria de Lima e Afro Francisco de Lima**
End: **Rua Luiza Rodrigues, nº 125, bairro Santa Cruz, Beneditinos-Pi.**

- Natural: **Beneditinos/Pi**
- CPF nº **001.647.823-11**
- Doc. Ident. nº **2.252.631 spp/pi**
- Tel: **(86) 99491-0203**

HISTORICO

O NOTICIANTE (acima qualificado) Comunicou Que: no dia 07.05.2019 por volta das 19:00 horas pilotava sua motocicleta Honda/POP 100, placa PIF-1923, cor vermelha, ano/mod. 2015/2015, chassi nº 9C2HB0210FR461782, RENAVAM 1049507743, licenciada em seu nome, pela Av. Severo Eulalio, bairro Barrinha, quando nas proximidades da Creche que fica ao lado desta delegacia, perdeu o controle do veículo ao passar por um quebra-mola, vindo a sofrer um acidente que lhe ocasionou a quebra da mão esquerda, que ainda sofreu uma pancada no rosto, sem gravidade; Que foi socorrido por populares e levado para o hospital local, posteriormente sendo encaminhado para o H.U.T. na cidade de Teresina-Pi, onde passou por uma intervenção cirúrgica. Dada e passada na cidade de Beneditinos, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia, (08/10/2019). Eu,.....Agente de Polícia que registrei e digitei.

Noticiante/Vítima: Edinaldo Alexandre de Lima

Alexsandro Bezerra dos Santos
Matrícula 130150-X





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

**EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA
E
LUCIANA RODRIGUES**

MATRÍCULA:

1405090255 2010 2 00019 126 0000055 93

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA, nascido no dia 27 de junho de mil novecentos e oitenta e dois (1982), de nacionalidade brasileira, profissão lavrador, natural de Beneditinos – Piauí, filho de Afro Francisco de Lima e de Laura Maria de Lima.

LUCIANA RODRIGUES, nascida no dia 17 de setembro de mil novecentos e oitenta (1980), de nacionalidade brasileira, profissão lavradora, natural de Beneditinos – Piauí, filha de Maria das Dores Rodrigues.

DATA DA CELEBRAÇÃO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

VINTE E SEIS DE AGOSTO DE DOIS MIL E DEZ

DIA

26

MÊS

08

ANO

2010

NOME DO PRESIDENTE DA CELEBRAÇÃO

DRA. LYGIA CARVALHO PARENTES SAMPAIO

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS AO OFICIAL DO REGISTRO

CERTIDÕES DE NASCIMENTO DOS NUBENTES, IDENTIDADE, CPF E DECLARAÇÃO DE DUAS PESSOAS IDÔNEAS.

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA. (O MESMO NOME)

LUCIANA RODRIGUES DE LIMA.

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES:

OBS.: Assento lavrado sob o Termo nº 1.459, às fls. 98/98v do Livro nº 05-B, deste cartório, em data de 26.08.2010. NADA HÁ A RESSALVAR.

**NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
OFICIAL REGISTRADOR: MARIA CLÁUTENIS SOARES DA SILVA
MUNICÍPIO/UF: BENEDITINOS / PI
ENDEREÇO: AV. PRESIDENTE VARGAS, 484 - B - CENTRO**

**O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Beneditinos, 26 de agosto de 2010.**

**Maria Cláutenis Soares da Silva
Assinatura do (a) Oficial Registrador(a)**

**End.: Av. Presidente Vargas, 484 - Centro
CEP 64.380-000 e-mail: cartoriobeneditinos@hotmail.com
Fone: (0xx86) 3269-1121
Beneditinos - Piauí**

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
COMARCA DE BENEDITINOS-PIAUÍ
REGISTRO CIVIL**



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 ASE: 3 - CPF da vítima: 001.647.823-11 4 - Nome completo da vítima: Edinaldo Alexandre de 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: Edinaldo Alexandre de Lima 6 - CPF: 001.647.823-11
7 - Profissão: Servidor público Rua - Luiza Rodrigues 8 - Endereço: 9 - Número: 123 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Cruz 12 - Cidade: Beneditinos 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.380.000
15 - E-mail: edinaldo.lima2017@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 86 99491-0203

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 3428 1 CONTA: 86.359 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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) nascido? ☐ 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Beneditinos - PI 19/12/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Edinaldo Alexandre de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

10/02/2019



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A. de moto

☐ DM: GC: nao
☐ HAS: PA: nao
☐ Alérgico? nao Sab
TAX: _____

Nome Edimundo Alexandre de Lima Identidade 2.252.631 D.NAS: 27/6
Idade 36.anos Sexo: ☐ M ☒ F Nº cartão do SUS 700.1079.2406-9320
Endereço: Rua: Luiza Rodrigues - S/N. "
Nome da mãe: Laura Maria
Data 01.05.2019 Encaminhado a _____ Funcionário _____

Queixa Principal Prontidão de audição de ouvido e prurito no ouvido

Sinais e Sintomas de ouvido (E) distal.
Glomus 15. ouvido comido

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provável: _____

Medicação Prescrita: _____

Exames Complementares Solicitados: _____

① Transmissão + 100 - 50,54, EV

② Transmissão

Volta ☐ Alta ☐

Encaminhado a _____

Resp: Cleudivan da C. S. Souza

BENEDITINOS CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS

TITULAR: Maria Cláutens Soares da Silva
Av. Presidente Vargas, 484, Centro, CEP: 64380-000 - Beneditinos-PI
Fone: (86) 3269-1121 - e-mail: cartoriobeneditinos@hotmail.com

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE BENEDITINOS-PI, 03/09/2019.

Maria Cláutens Soares da Silva-Tabela
Selo: ABU 73987 (F50P7)





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

Buer Lin Geral

Neuro SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA	Prontuário:	510508
Mãe:	LAURA MARIA DE LIMA	Pai:	AFRO FRANCISCO DE LIMA
End. Resid.:	R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI - CEP: 64380-000		
Nascimento:	27/06/1982	Idade:	36a10m10d
Responsável:	LUCIANA RODRIGUES DE LIMA	Sexo:	Masculino
Profissão:	LAVRADOR	Fone:	86-99497-8008
G. Instrução:	Não informado	CNS:	700107924069120
End. Local.:	- - -	CPF:	001.647.823-11 * RG: -
		E. Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Urgência:	720615	Data:	07/05/2019 22:20:00	Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Tipico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente motociclista.
lesões em face e membros (com exposição
ferimentos)
Relato contínuo sobre face.
cd. avaliação de neuro, Buer, ex. geral
Rx de membros
retorno à ortopedias após liberação

PA ☒ X mmHg Pulso: FC: bpm Temp.: CID:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Crânio + Face

DATA: 07/05/19

TECNOLOGO

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	
	☐ A Pedido		
ÓBITO:	DESTINO:		DATA SAÍDA: / /
	☐ Até 24 Hs	☐ Família	HORA: :
	☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	☐ Internação na Unidade
	☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol.	Proced. Solicitado:
			CID Compatível:
			Prof. Solicitante
			Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - BE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:49:16

http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809491606600000012085118

Número do documento: 20102809491606600000012085118



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MOTRIPIC		Hidrometro	
2499860-5		Y14N481586	
Nome/Razão Social/Endereço		OUT/2019	
EDINALDO A DE LIMA RUA LUIZA RODRIGUES, 125 SANTA CRUZ BENEDITINOS 64380000		AG= 160	
Situação Agua/Esgoto	Rel.	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição
3/1	1		19 1 02 0161 0315-000
17/09/2019		17/10/2019	
Mês/Ano		Forma de Faturamento	
04/19	493	FATURADO P/ CONSUMO NORMAL	
05/19	502	Cód. Responsável	
06/19	515	904713210	
07/19	534	Código de Tarifa	
08/19	544	00	
09/19	555	Consumo Médio	
10/19	569	12	
		Consumo	
		14	
Cód. Nome do Serviço			
AGUA			
Multa Impontualidade 001/001			
Juros de Mora 001/001			
Manutenção Hidrometro			
Valor (R\$)			
54,77			
0,68			
0,70			
1,90			

24/10/2019 58,05

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$39,12
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Cálcio	Exatidão Col
Valor Máximo Permitido	5,0	10	5,0	8,0 a 8,5	0,5	Assento	Assento
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	0.93	3.17	2.50	6.63	0.00	0.00	
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						

A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA		Inscrição	
Água e Esgoto do Piauí S/A		19 1 02 0161 0315-000	
Atividade no Comércio: 09000 04 0000		AG= 160	
Rel.	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Matrícula	Referência
1		2499860-5	OUT/2019
VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)	
24/10/2019		58,05	
82610X00000-7 58050001822-2 49986051020-9 190X0000001-7			



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:49:16

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809491606600000012085118>

Número do documento: 20102809491606600000012085118

OI
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

- | | |
|---|--|
| ☐ 01. MUDOU-SE | ☐ 07. AUSENTE |
| ☐ 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ 08. NÃO PROCURADO |
| ☐ 03. NÃO EXISTE Nº INDICADO | ☐ 10. OBJETO DANIFICADO |
| ☐ 04. FALECIDO | ☐ 11. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE |
| ☐ 05. DESCONHECIDO | ☐ 12. FALTA COMPLEMENTO (COLETIV/GUI) |
| ☐ 06. RECUSADO | ☐ 13. CAIXA POSTAL CANCELADA |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

RUBRICA DO RESPONSÁVEL: _____

MATRÍCULA: _____



MUDE PARA A CONTA ONLINE.

VOCÊ ACESSA SUA CONTA DE ONDE ESTIVER.
SAIBA MAIS EM OI.COM.BR/MINHAOI.



CTCE FORTALEZA CE PL7
KLEBER MENDES PESSOA
RUA DAVID CALDAS SUL, 352 AP 07
CENTRO
64001-190 TERESINA PI



7213512820 07440 0000106572 30 300418

FALE COM A GENTE - GRÁTIS 103 31
INTERNET OI.COM.BR
AUXÍLIO À LISTA 102*

*Serviço sujeito a cobrança. Consulte sua operadora.

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em lotérico, sem a apresentação de futuro, está sujeita a cobrança. Para mais informações ligue 103 31. Caso cliente, caso tenha contratado sua oferta de Oi Fijo ou Oi Bônus (a partir de 12 meses), em 30 dias o seu oferta expirará e os seus descontos serão descontinuidos. Para conhecer as novas ofertas disponíveis, ligue 103-31.

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA (CSP) DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 103.
31 01 • 12 CITEC • 13 Fone • 15 Telefônica • 16 Vacom • 17 Transil • 18 Epilink • 21 Embratel • 22 Intelig • 24 Pórcima Escote • 26 DVT
28 GT • 29 Alcomex • 30 T-Leste • 32 Convergência • 34 ETE • 35 Easytone • 37 Golden Line • 38 TESA • 39 Engovox • 41 TIM • 42 GT Group
43 Sercomtel • 45 Global Crossing • 46 Hoi Telecom • 47 811 Comunicações • 50 O3IABA • 51 Bisco • 52 Votel • 53 Epton • 54 Holo Brazil
55 Telecom 65 • 57 ALGOLA • 71 Dolarphone • 81 Samatã • 84 DDT • 95 America Net • 91 IP Corp • 96 Aniga Telecom

ANATEL - 1331

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO E GANHE BENEFÍCIOS.

Com o Débito Automático, você não corre o risco de perder a data do vencimento.
LIGUE 103 31 OU ACESSSE OI.COM.BR/MINHAOI E SAIBA MAIS.

Oferta válida apenas para a 1ª adesão ao débito automático em conta corrente.



Preencha este cupom, destaque e entregue em uma agência bancária credenciada. Você só tem a ganhar.		
AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO		
Autorizo debitar mensalmente em minha conta corrente o valor da nota fiscal / fatura, conta telefônica.		
Nome _____	CPF/CNPJ _____	
Banco _____	Agência _____	Conta Corrente n. _____
Assinatura _____	Data / /	
SERVIÇO GRATUITO		

**CÓDIGO PARA DÉBITO
AUTOMÁTICO**

110800350271

000. 000000-000 1003





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

inscrito (a) no CPF/CNPJ

437092833, 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edinaldo Alexandre de Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 001647823, 11

do sinistro de DPVAT cobertura

da Vítima Edinaldo Alexandre de Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.647.823, 11

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Servidor Público Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Luiz Rodrigues</u>	Número: <u>125</u>	Complemento:
Bairro: <u>St. Cruz</u>	Cidade: <u>Brejozinhos</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>edinaldo.lima.2017@gmail.com</u>	CEP: <u>64380-000</u>	Tel.(DDD):

Local e Data:

Brejozinhos - PE

Edinaldo Alexandre de Lima

Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A. de moto

☐ DM: GC: não
☐ HAS: PA: não
☐ Alérgico? não Sab.
TAX:

Nome: Edimundo Alexandre de Lima Idade: 2.252.631 D.NAS: 27/1
Data: 36.09.05 Sexo: ☐ M ☒ F N° cartão do SUS: 700.1079.2406-9190
Endereço: Rua: Luiza Rodrigues - s/n. "
Nome da mãe: Laura Maria
Data: 01.05.2019 Encaminhado a: _____ Funcionário: _____

Queixa Principal: Prontidão de audição de ouvido e problemas respiratórios

Sinais e Sintomas: de rinite e otite.

Otorrria e. ouvido com ruído

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provável: _____

Medicação Prescrita: _____

① Tranal 1amp + 100 mg 5Fos, 4 EV

Exames Complementares Solicitados: _____

② Transperum

Volta ☐ Alta ☐

Encaminhado a: _____

Resp: Cleudson da C. S. Souza

BENEDITINOS CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS

TITULAR: Maria Cláudia Soares da Silva
Av. Presidente Vargas, 484, Centro, CEP: 64380-000 - Beneditinos-PI
Fone: (86) 3269-1121 - e-mail: cartoriobeneditinos@hotmail.com

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DO 1º OFÍCIO DE NOTAS DE BENEDITINOS-PI, 03/09/2019.

MARIA CLÁUDIA SOARES DA SILVA-TABELIA
Selo: ABU.73987 (F50V7)





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

Buer les geral

Neuro SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 07/05/2019 22:39:58

DADOS DO PACIENTE:

(User: ELIENE SILVA)

(Estação: RECEPCAO02)

Nome:	EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA	Prontuário:	510508
Mãe:	LAURA MARIA DE LIMA	Pai:	AFRO FRANCISCO DE LIMA
End.Resid.:	R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI - CEP: 64380-000		
Nascimento:	27/06/1982	Idade:	36a10m10d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99497-8008
Responsável:	LUCIANA RODRIGUES DE LIMA	CNS:	700107924069120
Profissão:	LAVRADOR	CPF:	001.647.823-11 * RG: -
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Urgência:	720615	Data:	07/05/2019 22:20:00	Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Tipico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente motociclista
lesões em face e membros (com exposição
ferimentos)
Relato contínuo sobre face.
cd: avaliação de neuro, Buer. ex. geral
R x de pulso
retorno à ortoped. após liberação

PA: X mmHg Pulso: FC: bpm Temp.: CID:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

HUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Crânio + Face

DATA: 07/05/19

TECNOLOGO

ALTA:

- () Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

() Retornar à Unid. Origem:
() Transferência:

DATA SAÍDA: / / HORA: : .

ÓBITO:

- () Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anat. Patol.

DESTINO:

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Próf. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 07/05/19 HORA: 20:00h Nº DOTELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: HOSP. MUNICIPAL DE BENEDETIPO MUNICIPIO: BENEDETIPO
MÉDICO: REINALDO SOARES CRM: 2874

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: EDIVALDO ALEXANDRE DE LIMA

Data de Nascimento: 27/06/88 Idade: _____ anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: Benedetipo

HDA: Lesão aberta do antebraço do ant. e profusa exposto do rádio distal (E). Bloqueio r. comêct. Ortoptico e Hemodinamicamente Estável

HD: Fratura Expt. de Rádio (E)

CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- (X) Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (X) Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (X) Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: 98 bpm R: 19 mrm PA: 130/90 mmHg Sat O₂: 99% Glicemia: 115 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio
- (X) Hidratação Venosa
- () Aspiração
- (X) Medicação (especificar) Tramadol
- () Curativo
- () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clinica/Posto: _____

Senha: _____

10-72742

Autorecibo 612501981





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Alexandre de Lima
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510508

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

Imp: 07/05/2019 22:39:58

(ELIENE SILVA)

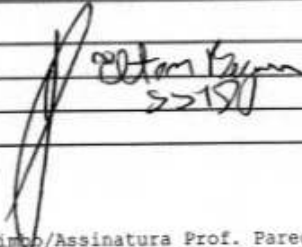
FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA		Prontuário: 510508
Mãe: LAURA MARIA DE LIMA		Pai: AFRO FRANCISCO DE LIMA
End.Resid.: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI - CEP: 64380-000		
Nascimento: 27/06/1982	Idade: 36a10m10d	Sexo: Masculino Fone: 86-99497-8008
Responsável: LUCIANA RODRIGUES DE LIMA		CNS: 700107924069120
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: 001.647.823-11
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720615	Data: 07/05/2019 22:20:00	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: 5 U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 07/05/19	ESPECIALISTA: Neurologia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vítima de acidente motociclistico	
Ao exam: Glasgow 15, PIRK, Sem déficit motor	
O de crânio: Sem lesões neurocirúrgicas	
CC: Sem conduto neurocirúrgico / Suporte clínico	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	
	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

238584

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

203288

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	238584

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA	6 - Prontuário: 510508			
7-CNS: 700107924069120	8-Nascimento: 27/06/1982	9-Sexo: Masculino	CPF: 001.647.823-11	
11-Mãe: LAURA MARIA DE LIMA	12-Fone: 86-99497-8008			
13-Resp: LUCIANA RODRIGUES DE LIMA	14-Cor: Sem Informação			
15-Endereço: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - CEP: 64380-000	16-Munic: BENEDITINOS	17-Cod. IBGE: 220160	18-UF: PI	19-CEP: 64380-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Neurtoragica esquerda e direita no membro superior direito e esquerdo e membros inferiores</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>fratura</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>R</i>			
Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise do rádio	24-CID Prim: S523	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020431	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	Tempo SUS 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 877.154.063-68
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA	34-Data Solicitação: 07/05/2019	Dr. Francisco das Chagas Barbosa Sousa Especialista em Traumatologia CRM 15.192	

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:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
48-Docum.: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (LAYLA MORAIS) Consulta Local: 720615 Consulta SUS: Impressão: 08/05/2019 00:15:33	



BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/05/19

NOME DO PACIENTE: <u>Edinaldo Alexandre de Lima</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>510508</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Ex Equilíbrio hídrico e eletrolítico</u>	CIRURGIA: <u>Exequido</u>
ANESTESIA: <u>Local</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Elton</u>	CPF Nº: <u>000.000.000-00</u>
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Genivalva</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO <u>1000ml</u>	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<u>Luvas nº 8.0</u>	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Cupom - 02</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Eletrodos - 05</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<u>Escova - 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>Nº 30</u>		<u>- 02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: _____			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Conceição</u>			
PROLENE							



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Edinaldo Alexandre de Lima IDADE 48 anos DATA 08/05/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 07:15 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de osso CIRURGIÃO Bouvier

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>142/83 (103)</u>	<u>115/55</u>	<u>129x69</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>93 bpm</u>	<u>103</u>	<u>104</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>94%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Bouvier R.</u>	<u>ml</u>	<u>Bouvier</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 10

ASS. Cristiane Tiburcio de Mello Ferreira
 COREN - PI 149411
 ENFERMEIRA

() 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		

VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

07:15 - Paciente admitido na SRPA em POI de fratura de nádu
© sob efeito de raqui-anestesia, dor bloqueio, correntes orient
ao, técnico, suprimento de O₂, HV em curso. SRPA estáveis.

07:50 volta da SRPA

07:50 volta da SRPA

07:50 volta da SRPA

RESERVAÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

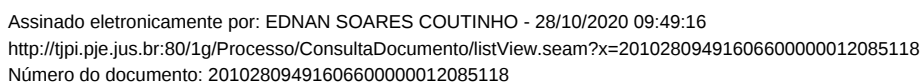
() [3] () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () [4] () QUEIM. CLÍNICA () PED () MORT () NEU () CIR () MÉD





HOSPITAL

PRESENTOU AO MÉDICO

[illegible]

FOLHA DE ANESTESIA



p. Jantane do 196
(51 Jantane)

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		
SISTEMA DIGESTIVO					BRONQUITE		
ESTADO MENTAL					SISTEMA URINÁRIO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					CORTICOIDES		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					ATARAXICOS		
					OUTROS		
					FÍSICOS		
					EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES	
		1 2 3					
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				Reflexia	
		SANGUE 300				Cetorupus 100g	
		OUTROS 100				Dipirone	
TEMPERATURA		Cº				Zidocum 2% 15ml	
P. ARTERIAL		38				Ropio 15% 15ml	
V O PULSO		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA		100 120 140 160 180 200 220 240 260					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO		100% 100% 100% 100%					
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS		Bloqueio Axilar + Intubação				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES		51 dentes alvos Fx de Pulso					
CIRURGIÕES		Chiquis					
ANESTESISTAS		Ryquel					
		Bloqueio 01 suprarrenal autônomo					
		01 pontos de sutura					
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

MOD 76 - HUT



**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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA** (Prontuário: 510508)
Endereço: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI CEP: 64380-000
Nascimento: 27/06/1982 Idade: 36a10m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720615
Requisição: 951520 Solicitação: 07/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1211606 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/05/201

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA** (Prontuário: 510508)
Endereço: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI CEP: 64380-000
Nascimento: 27/06/1982 Idade: 36a10m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720615
Requisição: 951521 Solicitação: 07/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1211607 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 07/05/2019

T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURA NÃO ALINHADA NO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- FRATURA NA PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.
- FRATURAS EM PAREDES ANTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR ESQUERDO, COM PEQUENA EXTENSÃO AO TETO E SINAIS DE SINUSORRAGIA.
- DEMAIS SEIOS PARANASAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável





Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1° Assistente

2º Assistente

3° Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação	
------------------	--

Início

Film

Diagnóstico Pós-operatório	
----------------------------	--

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(Technic, Signature, Date)
 After the
 force and
 pressure
 search on paper
 Due to the
 fact

Dr. Rocio dos Santos B. Souza
 Cirurgias e Traumatologia
 CRM-PI 3820

Dr. Por. das Clínicas Dr. Sander
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PT 3820

[Handwritten signature]

Mod. 76 HUT





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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA** (Prontuário: 510508)
Endereço: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI CEP: 64380-000
Nascimento: 27/06/1962 Idade: 36a10m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720615
Requisição: 951520 Solicitação: 07/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1211606 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/05/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA** (Prontuário: 510508)
Endereço: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI CEP: 64380-000
Nascimento: 27/06/1982 Idade: 36a10m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720615
Requisição: 951521 Solicitação: 07/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1211607 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 07/05/2019

T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURA NÃO ALINHADA NO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- FRATURA NA PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.
- FRATURAS EM PAREDES ANTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR ESQUERDO, COM PEQUENA EXTENSÃO AO TETO E SINAIS DE SINUSORRAGIA.
- DEMAIS SEIOS PARANASAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JORGE AUGUSTO)

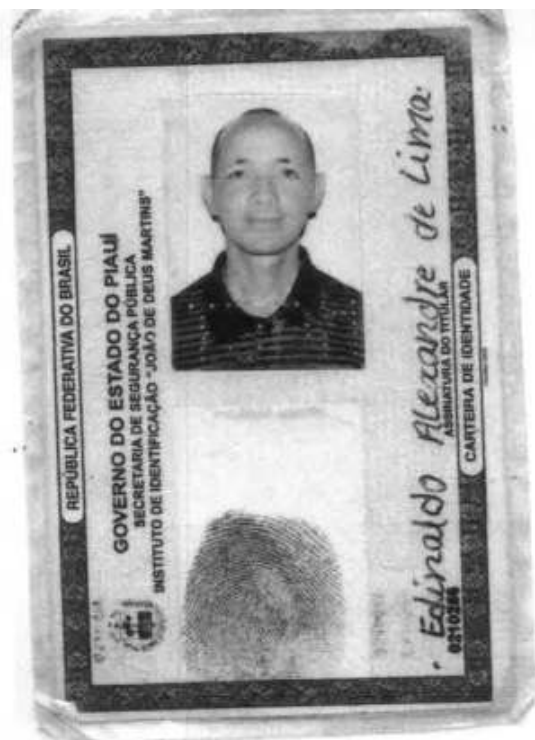
TERESINA - PI 08/05/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável







SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

№ 014209264683

ENVUOLVIMENTO DE VEÍCULO

2019

[illegible]

PLACA

CHASSI

B0210FR461782

COMBUSTIBLE
GASOLINA

AND FALL 2015 AND MID-2015

— COPI PREDOMINANTE —
CU VERMELHA

WENG / GOTAS

2

DATA DE PAGAMENTO

ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON

06 MAY 2014

SEND NOTHING TO INFO LOANS
DIRECT-BUSINESS DO NOT PAY - P

10

PI Nº 014209264683 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO PRIVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

06/11/2015

PLACA
Nº 1003

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	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

3	
---	--

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—total count

[illegible]

1000

08/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.340.408/0001-0

卷之四

inadido eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/10/2020 09:49:16

Num. 12776094 - Pág. 29

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102809491606600000012085118>

Número do documento: 20102809491606600000012085118



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019970/20

Vítima: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

CPF: 001.647.823-11

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KLEBER MENDES PESSOA : 497.092.833-91

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

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA : 001.647.823-11

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: 15/01/2020
Nome: KLEBER MENDES PESSOA
CPF: 497.092.833-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KLEBER MENDES PESSOA

Danielle Nobre de Sousa





Mendes & Almeida

Advogados Associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA, brasileiro, casado, servidor público, portador da cédula RG nº 2252631 SSP/PI e CPF nº 001.647.823-11, residente e domiciliado na Rua Luiza Rodrigues, 125, Bairro Santa Cruz, no município de Beneditinos-PI.

OUTORGADOS: KLEBER MENDES PESSOA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 4798/PI, com endereço eletrônico advogadokmendes@hotmail.com, com escritório e endereço profissional no timbre abaixo.

PODERES: Amplos poderes para em foro geral, com a cláusula AD - JUDICIA, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, ou Junta de Recursos, bem como na via administrativa, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (s) nas contrárias, seguindo umas a outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe (s), poderes especiais para confessar, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, fazer requerimento junto a repartições públicas agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, este (a) concorda com o dispositivo legal condito no art. 105 da Lei 13.105 de 2015.

Teresina-PI, 23 de dezembro de 2019.



Edinaldo Alexandre de Lima

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

Rua David Caldas, 352, Sala 07, Edifício Magno, Fone: (86) 9 9903-0303. Platão: (86) 9 9400-6043 (86) 9 9491-4424 (86) 3223-9270.
Email: advogadokmendes@hotmail.com.



Cartório Antonio Lopes 1º Ofício de Notas

- Tabelião

CNPJ:06.732.341/0001-38 - CNS:14.050-8

Av. Presidente Vargas, 484, CENTRO, CEP:64390000, BENEDITINOS-PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE EDINALDO ALEXANDRE DE
LIMA. DOU FE. EM TEST. mla DA VERDADE.
BENEDITINOS-PI, 23/12/2019. Selo:AAQ16063-3992
www.tjpi.jus.br/portalextra.

MARIA CLAUTENIS SOARES DA SILVA-TABEIA

Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:9
PROCURAÇÃO AD JUDICIA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019970/20

Vítima: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

CPF: 001.647.823-11

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KLEBER MENDES PESSOA : 497.092.833-91

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

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA : 001.647.823-11

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: 15/01/2020
Nome: KLEBER MENDES PESSOA
CPF: 497.092.833-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KLEBER MENDES PESSOA

Danielle Nobre de Sousa

