

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Sistema SAJ..., Audiências..., Consulta proc..., PJ 0801165-89.20..., Baixar o arquiv..., (33) WhatsApp...

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=551612&ca=333ed052b2466eb24913e803e5957ada5c...](https://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=551612&ca=333ed052b2466eb24913e803e5957ada5c...)

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo..., Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0801165-89.2020.8.18.0028  
JOAO PATRIK LIMA DA SILVA X GENTE SEGURADORA SA


Document Title: 13404606 - CONTESTAÇÃO (2763924 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 26/11/2020 14:37:30

Left Sidebar (26 Nov 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 13404603 - CONTESTAÇÃO
    - 13404606 - CONTESTAÇÃO (2763924 CONTESTACAO 01)
    - 13404610 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 13404611 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 13404612 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 13404614 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main Content Area (downloadBinario.seam):

2763924- CS/ 2020-04108/ INVALIDEZ



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

Processo: 08011658920208180028

Taskbar: 14:37, 26/11/2020



Número: **0801165-89.2020.8.18.0028**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Floriano**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PATRIK LIMA DA SILVA (AUTOR)		THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13404610	26/11/2020 14:37	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO PATRIK LIMA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180195412**

Vítima: **JOAO PATRIK LIMA DA SILVA**

Data do Acidente: **28/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDIMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180195412**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12747021

Pag. 01233/01234 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030617



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Carta nº 12817870

A/C: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180195412 ASL-0153243/18  
Vitima: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA  
Data Acidente: 28/11/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00445/00446 - carta\_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Carta nº: 13139148

A/C: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180195412  
Vitima: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA  
Data do Acidente: 28/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000096-5

Conta: 000010055201-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00517/00518 - carta\_15R - INVALIDEZ



00030259





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072.516.643-64

Nome completo da vítima

JOÃO PATEIRA LIMA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOÃO PATEIRA LIMA DA SILVA	072.516.643-64	SERVILUP 60003
Endereço	Número	Complemento
RUA NOSSA SENHORA APARECIDA	15	CASA
Bairro	Cidade	Estado
CATUÍCIO II	FLORIANO	PIAUÍ
Email	CEP	Telefone (DDD)
	84800-000	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	DIV	AGÊNCIA Nº	DIV
0638		013.96090	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FID-PZ 24 de ABRIL de 2018

Local e Data

João Patrick Lima da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF 001 V001/2017



**CAIXA** **Loterias CAIXA**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC: 0800 726 0101  
OUVIDORIA: 0800 725 7474  
OUVIDORIA: 0800 725 7474

099-627458859-4

09/ABR/2018 HORA DE: 11:35:27

LOT: 16.12821-8 TERM: 040158

LOCALIDADE: FLORIANO  
RG. VINCULADA: 0638 CONTROLE: 139328788

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0638 013 00096000-0

JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

099-627458859-4

**CA** 1ª VIA **Loi**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 102315.000023/2018-88**

Unidade de Registro: 3ª DRPC - PICOS

Resp. pelo Registro: Erasmo Bezerra Das Neves Junior

Data/Hora: 03/01/2018 - 16:44

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

3ª DRPC - PICOS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PICOS

Endereço

BR-316, Nº:

Complemento

439551

Data/Hora

28/11/2017 - 18:30

Bairro

BOA SORTE

Ponto de Referência

PRÓXIMO A RODOVIÁRIA

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA

RG: 4211955 SSP PI

Mãe: JANETECLER LIMA DA SILVA

Endereço: POV. MALHADA GRANDE DOS ALMONDES, Nº S/N

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PICOS

Telefone(s): 89-9403-5634

Tipo Envolv.: VÍTIMA

Nome: ELIAS MOURA DE SOUSA

RG: 3705940 SSP PI

Mãe: SUELI DIAS DE MOURA

Pai: EDGAR FRANCISCO DE SOUSA

Endereço: POV. MALHADA GRANDE DOS ALMONDES, Nº S/N

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PICOS

Telefone(s): 89-9441-4642

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 ABR. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O noticiante acima qualificado compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para comunicar QUE em data 28/11/2017, às 18:30h, BR-316, próximo ao terminal rodoviário pilotava a motocicleta HONDA/CG 160 TITAN, PLACA: PIL-6970/PICOS-PI, ANO DE FAB/MOD.: 2015/2016, COR VERMELHA, CHASSI: 9C2KC2210GR024636, RENAVAM: 01073761930, EM NOME DE ELIAS MOURA DE SOUSA; QUE seguia como passageiro JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA; QUE segundo o noticiante este seguia em sentido Bairro Centro/Pov. Malhada Grande dos Almondes; QUE ao desviar de um veículo, que invadiu a contramão pois estava fazendo um ultrapassagem, o pneu da motocicleta derrapou vindo a cair; QUE na queda JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA veio a cair na pista paralela da Br-316 e em seguida um caminhão veio a passar por cima da perna esquerda do passageiro da motocicleta, JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA; QUE o noticiante não sofreu lesão; QUE JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA foi atendido no Hospital Regional Justino Luz, conforme Ficha de Atendimento nº. P0480494, Registro: 380071, fraturando a perna esquerda. Era o que tinha registrar.

Erasmo Bezerra Das Neves Junior - Mat. 270957X  
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

ELIAS MOURA DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Ocorrência emitida em: 03/01/2018 16:12 - SisBO@2011.2018.ATI

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/11/2020 14:37:30

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112614372989500000012678194>

Número do documento: 20112614372989500000012678194

Num. 13404610 - Pág. 6





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

793 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 102315.000023/2018-88**

Delegado de Polícia

Agente Perícia Cível Júnior  
Delegado de Polícia Civil  
Polícia Civil-Piauí



Boletim de Ocorrência emitido em: 03/01/2018 16:12 - SisBO@2011-2018 ATI

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/11/2020 14:37:30  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112614372989500000012678194>  
Número do documento: 20112614372989500000012678194

Num. 13404610 - Pág. 7

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima:

JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA

CPF da Vítima

072.516.643-09

Data do Acidente

28/11/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Flto-PT, 24 de Abril de 2018  
Local e Data

João Patrick Lima da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

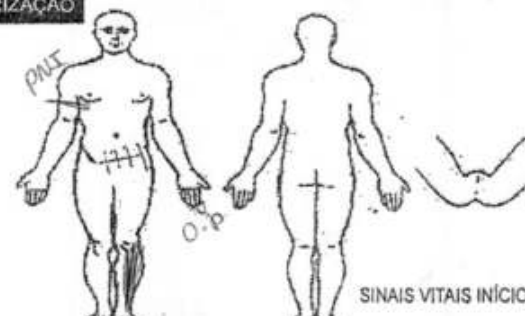


Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

**REGISTRO DE ENFERMAGEM  
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO**

CIRCULANTE Quelley + Tereza SALA Nº 04  
ENTRADA NA SO 10:00 INÍCIO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ INÍCIO DA CIRURGIA 10:40  
SAÍDA DA SO \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA CIRURGIA 11:00  
CIRURGIA PROPOSTA: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_  
CIRURGIÃO Dr. J. J. J. ANESTESIOLOGISTA Dr. Claudivaldo INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_  
ASSISTENTES: 1º Dr. N. N. CRM \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**MONITORIZAÇÃO**



**SÍMBOLOS**

- ☒ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☒ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☒ OXIMETRIA DE PULSO
- ☒ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 169x80 SATO 99% FC 97 bpm  
SINAIS VITAIS TÉRMINO PA 159x76 SATO 99% FC 76 bpm

**TIPO DE ANESTESIA**

<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA	<input type="checkbox"/> GERAL
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> COM CATETER
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR	<input type="checkbox"/> PERIDURAL	<input type="checkbox"/> SEM CATETER
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1)	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL
	<input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/> TOPICA	

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº \_\_\_\_\_ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº \_\_\_\_\_ ☐ OUTRAS \_\_\_\_\_

**SIÇÃO INTRA-OPERATORIA**

<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> SENTADA	<input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG
<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	

**PREPARO DA PELE**

DEGERMAÇÃO	<input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO
ANTI-SEPSIA	<input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO	<input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	
REALIZADA POR	<input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	

**PROCEDIMENTO REALIZADOS**

<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG	<input type="checkbox"/> MSD
<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl		<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> MSE

**SONDAS E INSTRUMENTOS**

<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº _____	<input type="checkbox"/> COLETOR	<input type="checkbox"/> UROSTOP	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR	<input type="checkbox"/> UNID	<input type="checkbox"/> SNG Nº _____
<input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº _____	<input type="checkbox"/> LANCETA	<input type="checkbox"/> Sonda de Aspiração Nº _____	<input type="checkbox"/> JELCO Nº _____		

**GARRÓTEAMENTO**

TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH UNID \_\_\_\_\_

LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO

TEMPO INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO \_\_\_\_\_

☐ GARRÓTE PNEUMÁTICO \_\_\_\_\_ mmhg ☐ NÃO SE APLICA

☐ CEXA ☐ PANTURRILHA

**SERVIÇOS SOLICITADOS**

<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	LOCAL _____	N DE FRASCOS _____
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  
PRAÇA ANTENOR NEIVA,  
BOIMBA, PICOS/PI - 64601-391  
CNPJ: 06.553.564/0102-81  
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

### Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0480494  
Data: 28/11/2017  
Funcionário: DENILDO

Registro: 380071  
Hora: 19:05:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 121

SUS

### JOAO PATRICK LIMA DA SILVA

Nasc.: 08/12/1999 Idade: 17 ANOS, 11 MESES, 20

Profissão:

End.: DA CRUZ, 115 -

Bairro: AEROLANDIA

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9943-94434

Mãe: JANETECLER LIMA DA SILVA

Civil:

CPF: 64600-000

Cidade: PICOS/PI

Pai: NAO INFORMADO

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: PARTICULAR

Atendimento de URGÊNCIA

### Procedimentos

0301060118 ACOILHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

### História Clínica/Exame físico:

Hora: \_\_\_\_\_

☐ Internação

### Exames Complementares:

- Refere-se a dor no peito, com a respiração curta.  
Pouco e por curta. Nada de

### Diagnostico provavel:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Prescrição Médica: 30.08.2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

A. Condição, a ser avaliada

B. Boa Respiração

C. Pulso regular

D. Glasgow: 8

E. Lado + Encefalo MIE

Marcos Costa  
Técnico em Radiologia Médica  
CRTR 000177 17/08/2017

CD: 1) Ringer em Lado L 100% e EV 80%  
2) Ped. para E  
3) Valtan sup IM  
4) Diferença Lado MIE L 100%

### Anotações da Classificação de Risco

### Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência

☒ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

### Queixa/História:

+ Intermittente

### Alergias:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

### Observação:

### Conduta:

### Medicação Usual:

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

Peso: 0 kg

ECG: 0

### Dados da Alta

☐ Alta

☐ Óbito

☐ Evasão

☐ Transferencia

Destino:

Hora:

JO PATRICK LIMA DA SILVA  
Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/11/2020 14:37:30

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112614372989500000012678194

Número do documento: 20112614372989500000012678194

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00096-5

CONTA: 000010055201-3

---

---

Nr. da Autenticação 841A116E7A2AAB7C



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1127124-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Empresa especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 003249669

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2018	23/03/2018	87	43,07

FRAIISA ALVES DA SILVA  
R. M. S. ENHORA APARECIDA 45 CAJUEIRO II  
CPF: 04.577168349  
CEP: 64.000-000 - FLORIANO

DADOS DA LEITURA kWh ROT: 91.800.11.69.277500

Atual	Anterior	Consumo de Multiplicação	Consumo Medido	Consumo Faturado	Atual	Anterior	Próxima Leitura	Emissão	Apresentação
7878	7791	1,000			16/03/2018	15/02/2018	17/04/2018	16/03/2018	16/03/2018

NORMA FCAM

Classe/Subclasse	Localidade	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BA. RENDA		11206646		1.4.1.1	98

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta	
Mês/ano consumo		
FEV/18 109	30 A R\$ 0,252516 =	7,57
JAN/18 97	57 A R\$ 0,432899 =	24,67
DEZ/17 89	CONTIN. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	3,00
NOV/17 101	DIFERENÇA DE TARIFA	31,78
OUT/17 104	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	23,95-
SET/17 94		
AGO/17 108		
JUL/17 85		
JUN/17 105		
MAI/17 108		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 30 - 0,190120		
31 A 87 - 0,325550		

9403-5634

MENSAGENS IMPORTANTES / REATIVO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora suspendida e suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/03/2018, em função das contas realizadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar, também, a inclusão do nome do consumidor na CCPCOM, listagem de endereços existentes com atraso vencido e de inadimplência, no valor de R\$ 10,00 (dez reais) por mês. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
02/2018	52,40	

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL  
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

RESERVADO AO FISCO 8/78:45D5.5A02.E02B.29A4.1EDF.0D33.B14E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 13,77	Base de Cálculo: 64,02-
Energia: 26,17	Alíquota ICMS: 20,00%
Transmissão: 4,11	Valor do ICMS: 12,80
Encargos: 4,17	Valor do PIS: 0,53
Tributos: 15,80	Valor do COFINS: 2,47

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	LIC			FIC		DMIC	
	Atual	Anterior	Atual	Atual	Anterior	Atual	Anterior
Tempo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Qualidade	0,00		0,00				

ROT: 91.800.11.69.277500

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO  
1127124-8

TOTAL A PAGAR - R\$  
43,07

MÊS FATURADO  
03/2018

VENCIMENTO  
23/03/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal 003249669 FCAM

836600000000 1 43070017000 3 000000001127 0 12480318008 0



SEQ.: 00287 UC: 1127124-8 DT.LEIT.: 16/03/2018 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 7878 NORMAL TOTAL: 43,07 CARGA: 004  
DT.VENC.: 23/03/2018 IRRFG: 000000000000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 EDNAN ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 748086803 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO PATRIK LIMA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.516.643 / 64 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOÃO PATRIK LIMA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.516.643 / 64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME 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 PROJETA DA 22</u>		Número <u>091</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>TIBERÃO</u>	Cidade <u>FLORIANO</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64800-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Fló-PI 24 de ABRIL de 2018  
Local e Data

Ednan Soares Coutinho  
Assinatura do Declarante



01 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ELIAS MOURA DE SOUSA,  
RG nº 3705940, data de expedição 27/02/12,  
Órgão SSP-PF, portador do CPF nº 066.334.013-61, com  
domicílio na cidade de PICOS, no Estado de  
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
BOVATO MALHADA GRANDE DAS ALMOUDAS, nº 5/R,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOAO PATRICK LIMA DA SILVA, cujo o condutor era  
ELIAS MOURA DE SOUSA.

Veículo: MOTOCICLO  
Modelo: HONDA CG160 TITAN  
Ano: 2015  
Placa: PIA 6970  
Chassi: 9G2KC22106E024636  
Data do Acidente: 28.11.2017  
Local e Data: \_\_\_\_\_

Elias Moura de Sousa  
Assinatura do Declarante

Elias Moura de Sousa

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









**HRJL**  
Hospital Regional Justino Luz

FEPISERH  
Federação Estadual Paulista  
de Serviços Hospitalares



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI



**PIAUI**  
GOVERNO DO ESTADO

## Atestado Médico

Atesto que João Patrick Lima do Alho  
esteve neste hospital dia 20 11 17, das : às : horas:

- ☐ Acompanhando familiar.  
☐ Para atendimento sem afastamento.  
☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.  
☒ Para atendimento, devendo permanecer afastado por 120 (CEMTO E OITENTA) dias, a partir desta data.  
☐ Deve retornar para consulta em \_\_\_\_\_

Diagnóstico / C.I.D.: 582.2 Picos-PI, 07 de 12 de 20 17

Dr. Francisco Junior Cavalcante Brandão  
Ocupação: Farmacologia  
C.R.C. 45641/2011 14196

Médico (Assinatura e carimbo)

Paciente (Assinatura)



Atendimento	1046581
Data:	28/11/2017
Hora:	21:40

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184  
PICOS/PI

Nº AIH
DENILDO

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**380071 - JOAO PATRICK LIMA DA SILVA**

**SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 08/12/1999 - Cor/Raça: 03-PARDA**

17 ANOS, 11 MESES, 20 DIAS

Clinica: CIRURGIÃO Enfermaria: 20- C. CIRURGICA - M Leito: C20/89 Convênio: SUS  
Escolaridade: Médico: 4504 - FRANCISCO JUNIOR CASTELO BRANCO NUNES

CPF: 072.516.643-64 RG: 4211955 CNS: 898050084564026 SIS Prenatal:  
Endereço: DA CRUZ, N° 115 - CEP: 64600-000 Bairro: AEROLANDIA

Cidade: 2208007- PICOS/PI Profissão: DESEMPREGADO Telefone: (89) 9943-94434  
Pai: NAO INFORMADO Mãe: JANETECLER LIMA DA SILVA

Responsavel: JANETECLER LIMA DA SILVA - ( ) -- MAE

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

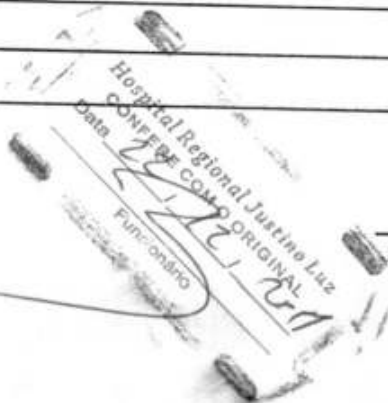
### Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

### História Clínica

Diagnóstico Provável



FRANCISCO JUNIOR CASTELO BRANCO NUNES SILVA



SESAPI

SECRETARIA  
ESTADUAL DE  
SAÚDE DO PIAUÍ

ov

PIAUÍ  
GOVERNADOR  
JOSÉ MORAES  
JUSTINO FILHO

GOV. DO PIAUÍ  
GOVERNADOR  
JOÃO PAULO SOARES

Nome: JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA		Ala C		Leito 20-92	
HD: FRATURA ENPOSTA DE TÍBIA COM FIX. EXTERNO		DH: 9		Idade: 17	
Data: 06/12/2017		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
<div> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 30 ABR. 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 </div>		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1	Dieta Oral Livre			QDO DA REMISSÃO	
2	SCALP SALINIZADO			CURATIVO EM TÍBIA	
3	Omeprazol 40 mg VO 1x/dia			COM FIXADOR EXTERNO	
4	Dipirona 3,0 ml EV 6/6h			FERIDA OPERATORIA COM	
5	Tilatil 20 mg EV 12/12h			SECREÇÃO SANGUINÍFERA	
6	Tramal 50 mg + 100ml SF a 0,9% EV 8/8h SOS			EM PEQUENA QUANTIDADE	
7	Cuidados Gerais e Sinais Vitais			VERIFICADO PA-110X90	
8	Curativos Diários			MANTID. P. 78 PULS. 96	
9				MANTID. TEMPER. 36,8°C	
10				MANTID. PRESS. 110/70	
11				MANTID. SAT. 96%	
12				MANTID. DIÁF. 100%	
07/12/17 Alto no Setor		Hospital Registrado CONFERE COM P. 22 Data 22/12/2017 Funcionário			

S. João Paulo Soares  
Diretor de Assistência Médica  
GAB. 101

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/11/2020 14:37:30

PRODUTOS PARA SUA SAÚDE

CNPJ: 12.563.959/0001-14 • INSC. ESTADUAL: 19.479.154-8  
Av. Frei Serafim, 1898, Salas 01 e 03, Centro • CEP: 64.000-020 • Teresina - PI  
Fone: (86) 98884-6757 • Fone/FAX: (86) 3217-3490  
protepi@protepi.com / protepicitacao@gmail.com

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: UPSA

CNPJ: \_\_\_\_\_

Assinatura: Ednan Soares Coutinho

Cargo: Enfermeiro

Nome: \_\_\_\_\_

Código ROPM Nº

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

01. Órtese de Tórax de Têxtil

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Comunicação ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material(is) aqui discriminados do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 28/11/17

DATA DA ALTA: 1/1/18

PACIENTE-Nome: João Patrício Terra

Nº AIH: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_

Procedimento Médico Realizado: Tratamento de Tórax

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Ednan Soares Coutinho

CRM Nº: \_\_\_\_\_

1ª - FATURAMENTO; 2ª VIA - HOSPITAL; 3ª VIA - PROTEPI

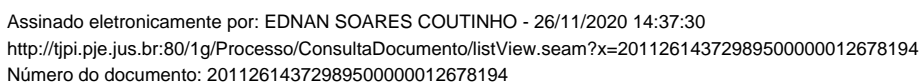




COPIES  
10/1/10

CHOLESTERO  
CHOLESTEROL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
30 ABR 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja D  
Centro - Norte CEP: 64.002470





**HRJL**  
Hospital Regional Justino Luz



Hospital Regional Justino Luz - Pça Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-301 - Picos - PI

NOME DO PACIENTE	PRONTUARIO	CLINICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			ENF. QUAPT	LEITO	MEDICO ASSISTENTE
# AT Fx deposite de prme EAB.		QUANT.	HORÁRIO		
DATA/ HORA/ CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES		
23/11/17	1) Quito prme e 00:00h		Paciente admitido a fim de		
	2) AEC, 91 - 1500h de en 24h		de natureza imposta, por que		
	3) Ompogel 40mg - 01 cap (VO) pde mude -		de natureza imposta, por que		
	4) Delotatone 1g - 01 cap de 6/6h		conveniência. - 8h 30min 860m		
	5) Alprazolam 1g - 01 cap de 6/6h				
	6) Valatol 10mg - 01 cap de 12/12h				
	7) Buscopron 10mg - 01 cap de 8/8h				
	8) SSV + CCE				
	9) Fome Espuma eliminada!				
	10) Gao - 10 de prme EAB - 00/11/17				
	11) Sólido: Manuseio completo				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
30 ABR 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

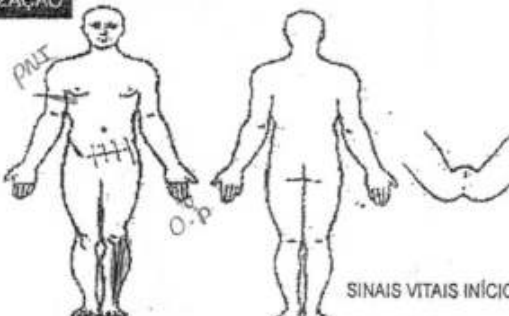
Hospital Regional Justino Luz  
CONFRE COM O ORIGINAL  
Data: 22/11/17  
Funcionário: [Assinatura]

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE Quile + Tereza SALA Nº 04  
 ENTRADA NA SO 20:00 INÍCIO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ INÍCIO DA CIRURGIA 20:20  
 SAÍDA DA SO \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA CIRURGIA 21:00  
 CIRURGIA PROPOSTA: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO D<sup>r</sup> José J<sup>r</sup> ANESTESIOLOGISTA D<sup>r</sup> Claudivaldo INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_  
 ASSISTENTES: 1º D<sup>r</sup> Newton CRM \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**MONITORIZAÇÃO**



**SÍMBOLOS**

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTROS
- ☒ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☒ OXIMETRIA DE PULSO
- ☒ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 169x80 SATO 99% FC 97 bpm  
 SINAIS VITAIS TÉRMINO PA 159x76 SATO 99% FC 76 bpm

**TIPO DE ANESTESIA**

<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA	<input type="checkbox"/> GERAL
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Raquel</u>
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR	<input type="checkbox"/> PERIDURAL	<input type="checkbox"/> COM CATETER
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1)	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEM CATETER
	<input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL	
		<input type="checkbox"/> TOPICA	

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº \_\_\_\_\_ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº \_\_\_\_\_ ☐ OUTRAS \_\_\_\_\_

**SIÇÃO INTRA-OPERATORIA**

<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> SENTADA	<input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG
<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	

**PREPARO DA PELE**

DEGERMAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO
ANTI-SEPSIA	<input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO	<input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	
REALIZADA POR	<input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	

**PROCEDIMENTO REALIZADOS**

<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG	<input type="checkbox"/> MSD
<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl		<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> MSE

☐ Sonda URETRAL Nº \_\_\_\_\_ ☐ COLETOR ☐ LIROSTOP ☐ AP BARBEAR \_\_\_\_\_ UNID ☐ SNG Nº \_\_\_\_\_  
☐ Sonda FOLEY Nº \_\_\_\_\_ ☐ LANCETA ☐ UNID ☐ Sonda de ASPIRAÇÃO Nº \_\_\_\_\_ ☐ JELCO Nº \_\_\_\_\_

**GARROTEAMENTO**

TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH \_\_\_\_\_ UNID ☐ GARROTE PNEUMÁTICO \_\_\_\_\_ mmHg ☐ NÃO SE APLICA  
 LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO ☐ COTA ☐ PANTURRILHA \_\_\_\_\_  
 TEMPO INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO \_\_\_\_\_

**SERVIÇOS SOLICITADOS**

<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	LOCAL _____ N DE FRASCOS _____
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> OUTROS _____ NÃO SE APLICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 30 ABR 2019  
 AGENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002-470





Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391- Picos - PI.

## FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>João Patrick Lima da Silva</i> <i>filho de João e Maria da Silva</i>				DATA <i>28/11/17</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Observação de fratura exposta de Tibia</i>				SALA <i>04</i>		
MATERIAL DE CONSUMO				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	QUANT.	UND.	TOTAL	ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/ 10 ML	<i>02+01</i>			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input checked="" type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input checked="" type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12	<i>02</i>			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA 10 ml	<i>03</i>					
PVP + degermante	<i>100+100</i>					
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
PROVA COM DEGERMANTE	<i>03</i>					
ATADURA COM CREPOM 15 cm						
ATADURA GESSADA						
ALGODÃO						
KETALAR						
DIMORF	<i>01</i>					
NEOCAÍNA PESADA	<i>01</i>					
LIDOCAÍNA						
PROPOFOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA Ceftaz	<i>20/35</i>					
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
SIL						
AMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
AT-GUT SIMPLIS						
CAT-CUT CROMADO						
ALGODÃO						
ALON 010	<i>02</i>					
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE 10x10	<i>05</i>					
ESPARADRAPO 5x5	<i>50</i>					
LÂMINA DE BISTURI nº 24	<i>02</i>					
LUVA ESTÉRIL	<i>03</i>					
LUVA DE PROCEDIMENTO	<i>04</i>					
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ml	<i>10</i>					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
EQUIPO						
AGULHA DE RAQUE	<i>01</i>					
TENOXCAM						

USO DA SALA		
INÍCIO <i>20:20 h.</i>	TÉRMINO <i>21:00</i>	DURAÇÃO
OPERAÇÃO <i>Obs. Frat. Exp. Tibia</i>		
CIRURGIÃO <i>Dr. Fco. Junior</i>		
AUXILIAR <i>Dr. Ronaldo</i>		
ANESTESISTA <i>Dr. Cleodaldo</i>		
TIPO DE ANESTESIA <i>Raque</i>		
INSTRUMENTADOR		
OCORRÊNCIAS		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
30 ABR 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data *22/12/17*  
Funcionário *[Assinatura]*

MÉDICO: *Dr. Fco. Junior*  
ENFERMEIRA(O): *[Assinatura]*  
TÉC. ENFER.: *Berello e Tenzer*  
*633.250 TE*



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

162.51067.75-7

8622941

0050

PI

João Patrik Lima da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JOÃO PATRIK LIMA DA SILVA

FLUXÃO: JANETECLER LIMA DA SILVA

NASCIMENTO: 09/12/1990

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: FLORIANO - PI

DOCUMENTO: R.G. - 4211955 - 27/04/2019 - SSP - PI

LEI Nº 8.048, DE 18 DE MAIO DE 1990

CPF: 072.515.643-44

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: AAP - PICO

DATA DE EMISSÃO: 17/03/2017

CNH:

REÇÃO:

ASSINATURA DO EMISSOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180195412 **Cidade:** Picos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PATRIK LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 28/11/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA ( TTO CIRÚRGICO )

**Resultados terapêuticos:** DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das**

**sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / 50% DE 70% = 35%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL  
3180 195412

CPF da Vítima  
072.516.643-64

Nome completo da vítima  
JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA		CPF titular da conta 072.516.643-64		Profissão SEMI-PROFISSIONAL	
Endereço RUA PROJETA DA		Número 10		Complemento CASA	
Bairro CALVEIRO II	Cidade FLORIANO	Estado PIAUI	CEP 64800-000		
Email			Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

**BANCO**  
Nome \_\_\_\_\_ NRO \_\_\_\_\_

**AGÊNCIA**  
NRO. 0096 D/V 5  
(Informar dígito se existir)

**CONTA**  
NRO. 55201 D/V 1  
(Informar dígito se existir)

**AGÊNCIA**  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)

**CONTA**  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FLORIANO-PI, 29 de MAIO de 2018  
Local e Data

João Patrick Lima da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
30/05/2018 - Autoatendimento - 10:40:08  
009671783 - 0575

FAVORECIDO JOAO PATRICK LIMA SILVA  
AGENCIA: 0096-5  
CONTA: 55.201-1  
VARIACAO 51

**POUPANÇA BANCO DO BRASIL**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.705.940 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/02/12

HOME ELIAS MOURA DE SOUSA

FEIÇÃO

NATURALIDADE SUELI DIAS DE MOURA  
EDGAR FRANCISCO DE SOUSA

PICOS-PI DATA DE NASCIMENTO 13/03/1999

BIOC. DINHEIRO CERT. NASC. 16504 L 49A F 122  
EXP PICOS-PI 01/03/00

CPF 066.334.013-61

TEREIRINA - PI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 89.250/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - VIOLO DE DEUS MARTINS

ELIAS MOURA DE SOUSA

CARTÃO DE IDENTIDADE

IDENTIDADE Nº 3.705.940

DATA DE NASCIMENTO 13/03/1999

CPF 066.334.013-61

TEREIRINA - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.00247-1





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: SEVULOS GERAIS  
Identidade: 4811955 CPF: 072.516.643-64  
Endereço: RUA ALBERTO SILVA Nº 15 CIDADELÂNDIA II

### PROCURADOR:

Nome: **Edimar Alves dos Santos**  
Nacionalidade: **Brasileiro** Est. Civil: **Casado**  
Profissão: **Autônomo**  
Identidade: **1.585.662 SSP - PI** CPF: **748.086.803-00**  
Endereço: **Rua Projetada nº 291 Floriano - PI**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider ( Correios, Sincors, e Corretores), para fins específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

FLO/PI, 06/04/18  
Local e data

João Patrick Lima da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,  
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES  
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Manoel  
Floriano/PI  
Fone/Fax:  
e-mail: cartorioleal

**RECONHECIMENTO**

Reconheço a(s) firma(s) de João Patrick Lima da Silva

Como: ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança

Dou fé, Floriano/PI, 06/04/18

☐ Glidete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião  
☐ Givane Ferreira da Silva - Tabelião  
☐ Juliette Nunes Gomes Cavaleiro - Tabelião

**Selo de Fiscalização**  
Autenticidade  
Nº 444552

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

