

Screenshot of a web browser showing a digital court process interface. The main window displays a document titled "downloadBinario.seam" with the identifier "1 / 10". The document header includes the date "2763924-C3/2020-04108/INVALIDEZ" and the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The body of the document contains the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANÓ/PI". At the bottom, it shows the process number "Processo: 08011658920208180028". On the left, a sidebar lists various documents under the heading "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO". The sidebar includes items such as "13404606 - CONTESTAÇÃO (2763924 CONTESTACAO 01)", "13404610 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)", "13404611 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracão compressed web)", "13404612 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)", and "13404614 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)". The browser's address bar shows the URL "tjpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/DetailProcessoCompletoAdvogado.seam?id=551612&ca=333ed052b2466eb24913e803e5957ada5c...". The system status bar at the bottom right indicates the date "26/11/2020" and time "14:37".



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
13404 610	26/11/2020 14:37	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: 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

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



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

Num. 13404610 - Pág. 1



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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00445/00446 - carta\_25 - INVALIDEZ



00030223



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. 2

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**





## 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 PATEIK LIMA DA SILVA

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

Nome completo <b>JOÃO PATEIK LIMA DA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>072.516.643-64</b>	Proissão <b>SERVICOS</b>
Endereço <b>RUA NOSSA SENHORA APARECIDA</b>	Número <b>15</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>CASUÍRIO II</b>	Estado <b>PIAUÍ</b>	CEP <b>04800-000</b>
Email	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> REUSO 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 DERS 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)

AGÊNCIA NRO: 0638 DIV: 013 CONTA NRO: 96090 DIV: 0  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO: DIV: CONTA NRO: DIV:  
(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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FIO-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





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

Num. 13404610 - Pág. 5



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**

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

43955J

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

Tipo Envolv.: VÍTIMA

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

Nome: ELIAS MOURA DE SOUSA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

RG: 3705940 SSP PI

Mãe: SUEL 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

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 Almonds; 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 Souza*  
ELIAS MOURA DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

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. 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

Jaguaribe Cima Túmulo  
Delegado de Polícia Civil  
Polícia Civil-Piauí

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

Ocorrência emitida em: 03/01/2018 16:12 - SisBO/R2011-2018 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



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

072.516.643-64

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 Líder 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.

FTO-PJ 24 de Abril de 2018

Local e Data

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

João Patrick Lima da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATA: 26/11/2020





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

## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE	<i>Quelle + Tereza</i>	SALA N°	04
ENTRADA NA SO	10:00	INÍCIO DA ANESTESIA:	
SAÍDA DA SO		TÉRMINO DA ANESTESIA	
CIRURGIA PROPOSTA:		INÍCIO DA CIRURGIA	10:30
CIRURGIA REALIZADA		TÉRMINO DA CIRURGIA	11:30
CIRURGIÃO	<i>DR. JOSÉ J.</i>	ANESTESELOGISTA	<i>DR. M. L. Mendes</i>
ASSISTENTES: 1º	<i>DR. M. L. Mendes</i>	CRM	2º CRM

MONITORIZAÇÃO		SÍMBOLOS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• PLACA DE BISTURI ELÉTRICO</li> <li>[ • ] ELÉTRODOS</li> <li>    INCISÃO CIRURGICA</li> <li>— OXIMETRIA DE PULSO</li> <li>▲ PANI</li> </ul>
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 N° 20	<input type="checkbox"/> LOCAL	<i>x</i> <input checked="" type="checkbox"/> Ráque
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO N° 2	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR	<input type="checkbox"/> PERIDUAL	<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"/> SEDAÇÃO + LOCAL	
		<input type="checkbox"/> TOPICA	
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL N° _____		<input type="checkbox"/> COM CUFF	MÁSCARA LARINGEA N° _____
		<input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> OUTRAS _____

SÍCONE INTRA-OPERATORIA		DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
<input type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> SENTADA
<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÓMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER
		<input type="checkbox"/> TRENDLEMBURG	

PREPARO DA PELE		DPVAT	
DEGERMAÇÃO	<input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NÃO VERIFICADO
ANTI-SEPSIA	<input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO	<input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	<i>30 APR 2018</i>
REALIZADA POR	<input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	

ROCEDIMENTO REALIZADOS		AGÊNCIA SEGUROADORA S.A.	
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG	Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl		<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> MSE
		<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> OUTROS _____
		<input type="checkbox"/> MSE	Norte CEP: 64.002-470

<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL N° _____	<input type="checkbox"/> COLETOR	<input type="checkbox"/> UROSTOP	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR _____ UNID	<input type="checkbox"/> SNG N° _____
<input type="checkbox"/> SONDA FOLEY N° _____	<input type="checkbox"/> LANCETA	UNID	<input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO N° _____	<input type="checkbox"/> JELCO N° _____

GARROTEAMENTO		Data _____	
TIPO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH	UNID	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmhg
LOCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BRAÇO	<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
TEMPO	<input type="checkbox"/> INÍCIO _____	<input type="checkbox"/> TÉRMINO _____	<input type="checkbox"/> PANTURRILHA _____

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





# 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



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. 11

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | INSC. Estadual: 19.301.383-5  
Natura Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Número especial de impressão autorizado pela SETPAZ 06/98

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
**1127124-8**

Nº da Nota Fiscal **003249669**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

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

R. N° ALVES DA SILVA  
ENHORA APARECIDA 35 CAUEIRO II  
CEP: 64.300-000 - FLORIANO

DADOS DA LEITURA      4-WH  
Atual: 7878      ROT: 91.800.11.69.277500  
Anterior: 7791      DATA DA LEITURA  
Constante de Multiplicação: 1.000  
Consumo Medido:  
Consumo Faturado:

FCAM

Atual: 16/03/2018  
Anterior: 15/02/2018  
Próxima Leitura: 17/04/2018  
Emissão: 14/03/2018  
Apresentação: 16/03/2018

NORMA

Classe/Subclasse	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
RESID. BX. RENDA	Unidade: 1206646      Posto: 1.4.1.1      Média 12 meses: 98

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	DESCRIPÇÃO DA CONTA	VALOR
FEV/18	ILUMIN	30 A R\$ 0,252516 =
JAN/18	57 A R\$ 0,432899 =	7,57
DEZ/17	CONT. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	24,67
NOV/17	DIFERENCA DE TARIFA	3,00
OUT/17	SUBVENCAO BAIXA RENDA	31,78
SET/17		23,95-
AGO/17		
JUL/17		
JUN/17		
MAI/17		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 30 - 0,150200		
31 A 87 - 0,325500		

0403-5634

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano      Valor R\$      Início de consumo da sua fatura ou faturamento, de  
02/2018      52,40      várias etapas e faturado de 21/03/2018, em função das contas  
revisadas nesta fatura, o valor pagamento poderá variar, baseado no mês de consumo da fatura, informando os  
valores exatos nas contas vinculadas e de referência(s) no  
valor de R\$ 0,00 (zero reais) no histórico. Caso tenha alguma  
dúvida, favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO PISCO 878.4505.5A02.E02B.29A4.1EDF.0033.B14E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição:	13,77
Energia:	26,17
Transmissão:	4,11
Encargos:	4,17
Tributos:	15,80

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo:	64,02-
Aliquota ICMS:	20,00%
Valor do ICMS:	12,80
Valor do PIS:	0,53
Valor do COFINS:	2,47

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	0IC	FIC	DMIC	DICRI
Mensal	0,00	0,00	0,00	0,00
Anual	0,00	0,00	0,00	0,00

Período de Aplicação: 01/2018 Fuso: 0,00

ROT: 91.800.11.69.277500



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

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

SEU CÓDIGO  
**1127124-8**

TOTAL A PAGAR - R\$  
**43,07**

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

03/2018

23/03/2018

Nº da Nota Fiscal 003249669 FCAM



SEQ.: 00287 UC: 1127124-8 DT.LEIT.: 16/03/2018 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 7878 NORMAL TOTAL: 43,07 CARCA: 004  
DT.VENC.: 23/03/2018 IRRFG: 00000000000000000000000000000000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470



## 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 SOARES COUTINHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 748086803 100 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário TOTÔ PATRICK LIMA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.516.643 64, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima TOTÔ PATRICK LIMA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.516.643 64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor-ue Renda: Revisor-ue 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 Projetaos 22</u>	Número <u>091</u>	Complemento <u>04330</u>
Bairro <u>TIBERIÃO</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64800-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Fló-Pi 24 de Abri de 2018  
Local e Data

Ednán Soares Coutinho  
Assinatura do Declarante

01 V001/2017



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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 ABR. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

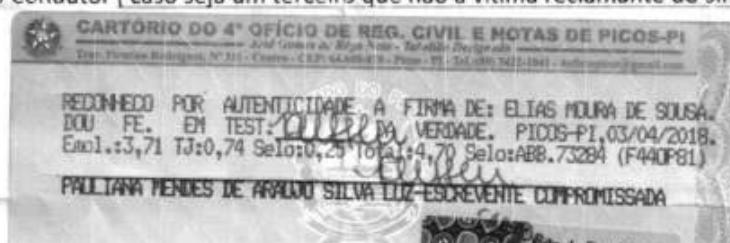
## Declaracão do Proprietário do Veículo

Eu, Elias Moura de Sousa,  
RG nº 3705940, data de expedição 27/02/12,  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 066-334.013-61, com  
domicílio na cidade de Picos, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Povoado Melhado Grande 005 Almofres, nº 5/2,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Todd Patrick Lima dos Santos, cujo o condutor era  
Elias Moura de Sousa.

Veiculo: MOTOCICLO  
Modelo: HONDA CG160 TITAN  
Ano: 2015  
Placa: PFL 0970  
Chassi: 9G2KC22106E0024636  
Data do Acidente: 28.11.2017  
Local e Data:

Elias Maria de Souza  
Assinatura do Declarante

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





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

**Ficha de Atendimento (Emgência)**

Atendimento: P0480494 Registro: 380071  
Data: 28/11/2017 Hora: 19:05:00  
Funcionário: DENILDO 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: CEP: 64600-000  
Cidade: PICOS/PI  
Pai: NAO INFORMADO

Clinica: CLINICA GERAL Demanda: PARTICULAR

Atendimento de URGÊNCIA

**Procedimentos**

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

**História Clinica/Exame físico:**

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

Internação

- Refluxo Ácido + ósso, com cataplexia e dor

**Exames Complementares:**

Per - E per canto. Nega Dz

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

Diagnóstico provável: DPVAT

**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

Prescrição Médica: 30 ABR. 2018

**GENTE SEGURADORA S.A.**

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Manoel Costa  
Técnico em Radiologia Médica  
CRM-PB 17.171 MAP

- CD: ① Díngua Lactea 100% EV 180 mL 14:20  
② Deda perna E  
③ Válvula dia 3M 14:20  
④ Díngua leite 100% 14:20

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 19:09:50

Prioridade:

Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

Queixa/História:

# Dorsalha

Alergias:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

**Medicação Usual:**

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

Observação:

Conduta:

ECG: 0

355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA

Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Hora:

Alta  Óbito  Evasão  Transferencia

Destino:

JOAO PATRICK LIMA DA SILVA  
Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO





**HRJL**

Hospital Regional Justino Luz.

FEPISERH  
Fundação Estadual de Previdência  
dos Servidores do Poder Executivo



**SUS**  
Sistema  
Único  
de Saúde  
**Federal**  
Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

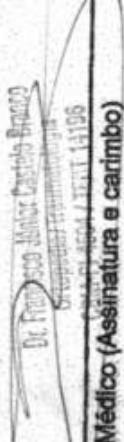
## Atestado Médico

Atesto que Jairo Patrick Lima de Almeida  
esteve neste hospital dia 28/11/17, das : 00 às : 00 horas:

- Acompanhando familiar.
- Para atendimento sem afastamento.
- Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- Para atendimento, devendo permanecer afastado por 180 (CINQUENTA E OIZENET) dias, a partir desta data.
- Deve retornar para consulta em \_\_\_\_\_

Diagnóstico / C.I.D.: 582.2 Picos-PI, 07 de 12 de 2017



  
Dr. Francisco Mário Castro Braga  
CRM-PI 14196

Médico (Assinatura e carimbo)

Paciente (Assinatura)



Atendimento	I046581
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			
Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO			
Diagnóstico Definitivo:			

### Resultado

Curado	Removido	-48 Horas
Melhorado	Pedido	+48 Horas
Inalterado	Evasão	Obito
Piorado	Indisciplina	
Transferido		

### História Clínica

### Diagnóstico Provável



FRANCISCO JUNIOR CASTELO BRANCO NUNES SILVA



SECRETARIA  
ESTADUAL  
SERVIÇO PÚBLICO  
SESAP

SECRETARIA  
ESTADUAL  
SERVIÇO PÚBLICO  
JUSMOTEL

GOVERNO  
DO RIO  
DE JANEIRO

Nome:	JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA		
H.D:	FRACTURA ENQUOSTA DE TIBIA COM FIX. EXTERNA		
Data:	06/12/2017		
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT			
CONTEUDO NÃO VERIFICADO			
30 ABR. 2018			
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1	Dieta Oral Livre	9:00 AM	REMANEJO
2	SCALP SALINIZADO	10:00 AM	CURATIVO SINA TIBIA
3	Omeprazol 40 mg VO 1x/dia	11:00 AM	ANALGÉSICO EXTERNO
4	Dipirona 3,0 mL EV 6/6h	12:00 PM	FERIDA OPERATORIA SINA
5	Tilitil 20 mg EV 12/12h	1:00 PM	SECREÇÃO SANGUINOLÉTICA
6	Tramal 50 mg + 100ml SF e 0,9% EV 8/8h SOS	2:00 PM	SINA PEQUENA OU ANTRABADA
7	Curativos Gerais e Sinais Vitais	3:00 PM	VERIFICADO PA 10X 90
8	Curativos Diários	4:00 PM	MUNHQ, P- 78 PUNTE.
9		5:00 PM	Alívio dor SINA 86% 70%
10		6:00 PM	PA 10X 90
11		7:00 PM	
12		8:00 PM	
		9:00 PM	
		10:00 PM	
		11:00 PM	
		00:00	
07/12/17			
Atto dos tab			
Hospital Regional São Francisco			
CONFERENCIA			
Data: 07/12/17			
FIM DO BLOCO			



**PRODUTOS PARA SUA SAÚDE**

CNPJ: 12.563.959/0001-14 • INSC. ESTADUAL: 19.479.154-8  
Av. Frei Serafim, 1890, Salas 01 e 03, Centro • CEP: 64.000-020 • Teresina - PI  
Fone: (86) 98884-6757 • Fone/FAX: (86) 3217-3490  
protepi@protepi.com / protepilicitacao@gmail.com

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

Nome do Hospital: UFPI

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

Assinatura: Assinatura de nome e tótem

Cargo: Secretaria

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

Código ROPM Nº

Descrição do Material

01 Fractura Esterno da tibia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO 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: / /

CLIENTE-Nome: Jean Rainice Lima Oliveira

Nº AIH: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_

Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: Fratura Esterno da tibia

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

DIGO RESPONSÁVEL - Nome: Ednan Soares Coutinho

CRM Nº: \_\_\_\_\_

A - FATURAMENTO; 2º VIA - HOSPITAL; 3º VIA - PROTEPI



Name:	JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA		
ID:	FRATURA EXPOSTA DE TÍFIA COM FIX. EXTERNO		
Data:	05/12/2017		
<b>DEPARTAMENTO DE SINTROS</b> <b>DPVAT</b> <b>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</b>			
30 ABR. 2018			
<b>GENTE SEGURADORA S.A.</b> Rua Coelho de Resende 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470			
Ala C      Apartamento      Leito 20.92 CH: 8      Idade: 17			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO      CESARIAÇÕES			
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
<i>12/18 24/26</i>			
<i>Hospital Regional Juscelino Kubitschek</i> <i>CONFERE CONCORRE</i> <i>DATA: 24/04/2018</i>			
1	Dietra Oral Livre		
2	SCALP SALINIZADO		
3	Omeprazol 40 mg VO 1x/dia		
4	Dipirona 3,0 mL EV 6/6h		
5	Tilitil 20 mg EV 12/12h		
6	Tramal 50 mg + 10mL SF a 0,9% EV 8/8hs SOS		
7	Curados Gerais e Sinais Vitais		
8	Curativos Diárticos		
9			
10			
11			
12			



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



FEPISERH  
Fundação Piauiense de Saúde



Hospital Regional Justino Luz



SUS

Sistema  
Único  
de Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
DO PIAUÍ

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

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	PRESCRIÇÃO MÉDICA			QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	MÉDICO ASSISTENTE
			ENF. QUART	CED	LEITO				
JOÃO Batista Lima da Silva			#	PAT	Ex expondo de nome	EXB.			
1) Sintos brandos g. 00.00h									
2) 500, 9% - 1500ml tu an. 24h									
3) Amoxicilina 400g - 01 caps VO nte mante-									
4) Aclotofina 8g - 01 caps tu CICL									
5) Diflunisal 500 mg - 01 caps tu CICL									
6) Nitotri 10mg - 01 caps tu 12/12h									
7) Bromocriptina 50ug - 01 caps tu 08/06 (8h)									
8) SSN + CCET									
9) Renia Esquimel claudia :									
10) Cas. 10 de Jane ex. 00/00/00									
11) Relato: Hiperfase constante									



30 APR 2010

GENTE 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: 64601-391 - Picos - PI

## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE	<i>Quelle + Tchêz</i>	SALA Nº	04
ENTRADA NA SO	10:00	INÍCIO DA ANESTESIA	10:00
SAÍDA DA SO		TÉRMINO DA ANESTESIA	
CIRURGIA PROPOSTA:			
CIRURGIA REALIZADA			
CIRURGÃO	Dr. José Jr.	ANESTESELOGISTA	Dr. Edvaldo
ASSISTENTES: 1º	Dr. Nogueira	CRM	2º
		CRM	

MONITORIZAÇÃO		SÍMBOLOS		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>* PLACA DE BISTURI ELÉTRICO</li> <li>[•] ELÉTRODOS</li> <li>   INCISÃO CIRURGICA</li> <li>/ \ OXIMETRIA DE PULSO</li> <li>▲ PANI</li> </ul>		
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <u>169x80</u> SATO <u>99%</u> FC <u>97 bpm</u> SINAIS VITAIS TÉRMINO PA <u>159x76</u> SATO <u>99%</u> FC <u>76 bpm</u>				

TIPO DE ANESTESIA			
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL		<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1) <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____		<input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEA Nº _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS

SÍGIO INTRA-OPERATORIA		DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL		<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	
<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO		<input type="checkbox"/> SENTADA <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	

PREPARO DA PELE		DPVAT	
DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR		<input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	
		<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	
		<input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO <input type="checkbox"/> CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
		<u>30 APR 2019</u>	

PROCEDIMENTO REALIZADOS		SENTE SEGUROADORA S.A.	
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl		<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	
		<input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE	
		Rua Coelho de Resende, 465 Loja C OUTROS - Norte CEP: 64.002470	

SONDA URETRAL Nº _____		AP BARBEAR _____ UNID		SNG Nº _____	
SONDA FOLEY Nº _____		COLETOR <input type="checkbox"/> UROSTOP <input type="checkbox"/> LANÇETA _____ UNID		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____ JELCO Nº _____	

GARROTEAMENTO		GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmhg		NÃO SE APLICA	
TIPO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH	UNID	<input type="checkbox"/> COCA	UNID	<input type="checkbox"/> PANTURRILHA
LOCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BRAÇO	<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO			
TEMPO	<input type="checkbox"/> INÍCIO	<input type="checkbox"/> TÉRMINO			

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



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

## FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA 28/11/17	PRONTUÁRIO	LEITO
João Patrick Lima da Silva Tensão arterial alta e constipação						
PROCEDIMENTO				SALA 09		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/ 10 ML	02+01			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	01			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA 10 ml	03			USO DA SALA		
PVPI + anestésico	100+100			INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				20:20 h.	21:00	
COLETOR DE URINA				OPERAÇÃO	Op. Fract. Exp. Tibia	
SCOVA COM DEGERMANTE	03			CIRURGIÃO	Dr. Flávio Júnior	
ATADURA COM CREPOM	15 cm			AUXILIAR	Dr. Nondito	
ATADURA GESSADA				ANESTESISTA	Dr. Edvaldo	
TOPOINA				TIPO DE ANESTESIA	Raquel	
KETALAR				INSTRUMENTADOR		
DIMORF	01			OCORRÊNCIAS		
NEOCAÍNA PESADA	01			DEPARTAMENTO DE SINISTROS		
LIDOCAÍNA				DPVAT		
PROPOFOL				CONTEUDO NÃO VERIFICADO		
MIDAZOLAN				30 ABR. 2010		
DIAZEPAN				GENTE SEGURADORA S.A.		
TIOPENTAL				Rua Coelho de Resende, 465 Loja C		
EFORTEL				Centro - Norte CEP: 64.002470		
DIPIRONA				Hospital Regional Justino Luz		
CEFAZOLINA	20/30			CONFIRA COM O ORIGINAL		
FENTANIL				Data: 22/04/2010		
FLUMAZENIL				Funcionário		
SIL				MÉDICO: Dr. Eze Júnior		
VITAMINA K				ENFERMEIRA(O): Anaige		
VITAMINA A				TÉC. ENFER.: Berelle & Terezinha		
OCTOCINA				633.250 te		
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-CUT CROMADO						
DO DE ALGODÃO						
ILON 0/0	02					
VYCRYL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	05					
ESPARADRAPO	06					
LÂMINA DE BISTURI	02					
LUVA ESTÉRIL	03					
LUVA DE PROCEDIMENTO	04					
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	10					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMPLEX						
EQUIPO						
AGULHA DE RAQUE	01					
TENOXICAM						





MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

162.51067.75-7

8622941

0050

PI

João Patrício Leme das Silveira

ADINHOSA DA DOCUMENTAÇÃO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JOÃO PATRÍCIO LIMA DA SILVA

RESIDÊNCIA: JANEIRO LIMA DA SILVA

22117.8622941.50-65

NASCIMENTO: 09/03/1986  
ESTADO/CIR.: SOLTERO - PI  
NATURALIDADE: FLORIANÓPOLIS - 27/04/2015 - SSP - PI  
DOCUMENTO: RG: 4211855

LEINP 8449, DE 18 DE MAIO DE 1986  
CPF: 072.615.643-44  
TIT. ELEITOR: 11020317

ZONA:

CHN.:  
SEÇÃO:  
LOCAL DE EMISSÃO: ANPF - INSS  
DATA DE EMISSÃO: 17/02/2017

ASSINATURA DO EMISSOR



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

Num. 13404610 - Pág. 24

## 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

### 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:**





## 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: **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	SENIOR GERAL		
Endereço	Rua PROJETADA	Número	10	Complemento	CASA		
Bairro	CRUZEIRO	Cidade	PIAUÍ	Estado	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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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

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

AGÊNCIA N.R.O. **0096** CONTA N.R.O. **55201** D/V **5** D/V **1**  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ N.R.O. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA N.R.O. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA N.R.O. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(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 conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**FLORIANÓ-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

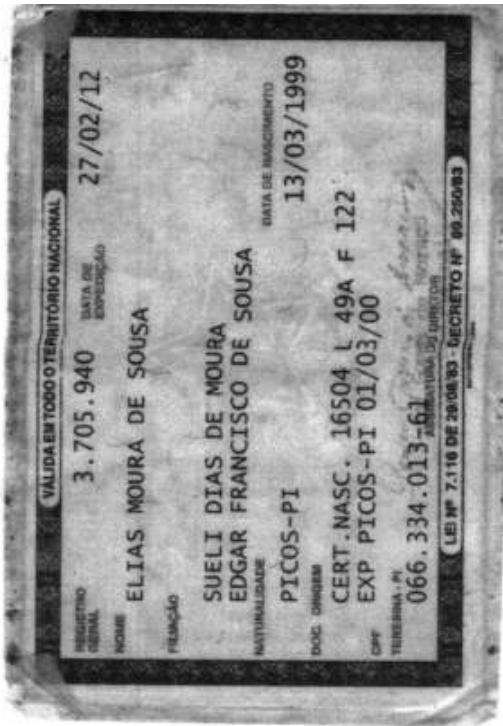
FAVORECIDO JOAO PATRICK LIMA SILVA  
AGENCIA: 0096-5  
CONTA: 55.201-1  
VARIACAO 51

## POUPANÇA BANCO DO BRASIL



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. 27



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

Num. 13404610 - Pág. 28

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: João Patrick Lima da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Serviços Gerais  
Identidade: 4211955 CPF: 072.516.643-64  
Endereço: Rua Alvaro Silva nº 15 Centro 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, Sinceres 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 Beneficiario/Vitima  
(reconhecer firma por autenticidade)



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

Rua Fernando Mano  
Floriano/PI  
Fone/Fax:  
e-mail: cartorio

### RECONHECIMENTO

Recognho(a)s firma(s) de João Patrick Lima da Silva  
Como:  Verdadeira  Autêntica  Semelhança  
Dou fé. Floriano/PI, 06/04/18

Gildeote Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

Giovane Ferreira da Silva - Tabelião

Juilie Nunes Gomes Cavalcante

