

13 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 13110452 - CONTESTAÇÃO
- 13110453 - CONTESTAÇÃO (2764526 CONTESTACAO 01)
- 13110464 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 13110455 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subatos procuracao compressed web)
- 13110456 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 13110457 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

13110453 - CONTESTAÇÃO (2764526 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/11/2020 13:50:46

11 de 9

downloadBinario.seam

1 / 10

2764526- C3/ 2020-04135/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

PT 13:50 13/11/2020



13/11/2020

Número: **0801712-96.2020.8.18.0039**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Barras**

Última distribuição : **21/09/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIS COELHO DE RESENDE (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13110 454	13/11/2020 13:50	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUIS COELHO DE RESENDE

Nº Sinistro: 3180343178

Vítima: LUIS COELHO DE RESENDE

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343178**.

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 13161259

Pag. 00689/00690 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020345



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **LUIS COELHO DE RESENDE**

Nº Sinistro: **3180343178**  
Vítima: **LUIS COELHO DE RESENDE**  
Data do Acidente: **13/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador **MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180343178**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **13/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00907/00908 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13247763





**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

793.110.203-87

Nome completo da vítima

Luís Coelho de Resende

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

Nome completo	Luís Coelho de Resende		CPF titular da conta	793.110.203-87	Profissão	Aviador	
Endereço	Rua Senador Coelho 171		Número	521	Complemento		
Bairro	Centro	Cidade	Boa Hora	Estado	Piauí	CEP	64.108-000
Email					Telefone (DDD)	86	99982-3093

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"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRD.	DIV	CONTA NRD.	DIV
3436		29924	U
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome		NRD.	
AGÊNCIA NRD.		DIV	CONTA NRD.
(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.

Boa Hora, 23 de Julho de 18

Local e Data

Luís Coelho de Resende

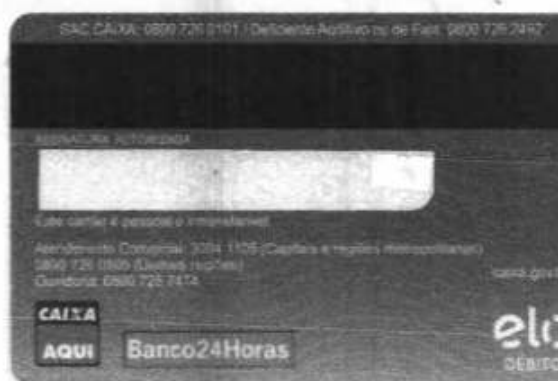
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017







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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 203748.000057/2018-91

1. Registro: DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Claudio Barros Monteiro

Data/Hora: 11/07/2018 - 10:32

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BOA HORA

Tipo Local

OUTROS

Princípio

BOA HORA

Endereço

OUTROS Nº

Complemento

460012

Data/Hora

13/09/2017 - 08:00

Bairro

NÃO INFORMADO

Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

1. LUIS COELHO DE RESENDE

Endereço: SENADOR COELHO, CENTRO, Nº

460012, NÃO INFORMADO

Cidade: BOA HORA

Tipo Envolv: VITIMA



### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125 FAN ES

2015 PIJ9632

9C2JC4110FR113511

01046492825

Vermelha

Condutor: LUIS COELHO DE RESENDE

End: SENADOR COELHO, CENTRO Número: Complemento:

Cidade: BOA HORA UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA

End: SENADOR COELHO CENTRO Número:

Cidade: BOA HORA UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

### RELATO DA OCORRÊNCIA

Notificante informa que no dia e horário acima se deslocou de casa ao trabalho (lavoura). Que chegando lá percebeu que havia esquecido algumas ferramentas, então retornou. Que no percurso de volta se chocou com outro motoqueiro. Que o outro motoqueiro estava com uma pessoa na garupa e essa pessoa foi arremessada e se chocou batendo uma cabeça na outra. Que ficou desacordado e foi socorrido por populares e levado a UPA de Boa Hora e em seguida para o Hospital de Campo Maior onde ficou desacordado por dois dias, no dia seguinte foi transferido para Teresina (HUT) e lá ficou internado por 18 dias. Era o que tinha a declarar.

Claudio Barros Monteiro - Mat. 2990903  
AGENTE DE POLÍCIA

LUIS COELHO DE RESENDE - Notificante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Boletim de Ocorrência emitido em: 11/07/2018 10:32 - SUSEBO 2018-07-11 10:32:11

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:50:46

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313504593100000012401141>

Número do documento: 20111313504593100000012401141

Num. 13110454 - Pág. 5

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 Luiz Coelho de Resende CPF da Vítima 793.110.203-87 Data do Acidente 13.09.2017

**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.



Barras 23 de Julho de 18  
Local e Data

Luiz Coelho de Resende  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

IMP-IMP-V001/2017







HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

### Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0134146

Data: 13/09/2017

Funcionario: SOCORRO

Registro: 60232

Hora: 09:08:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 15

SUS

### LUIS COELHO DE RESENDE

Nasc.: 05/10/1976

Idade: 40 ANOS, 11 MESES, 8 DIAS

Telefone: (86) 9813-20099

End.: SENADOR COELHO, 1.971 -

Bairro: CENTRO

Cidade: BOA HORA/PI

CEP: 64108-

IBGE: 2201770 Cor: PARDA

Mãe: IRACEMA COELHO DE RESENDE

Pai: DOMINGOS COELHO DE RESENDE

Clinica: CLINICA MEDICA

Documento: 6499 - CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO

Responsavel: LUIS COELHO DE RESENDE - O MESMO

482.355

### Procedimentos

13/09/2017 9:08

0301060118

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☒ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco

☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

### QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO SANGRAMENTO PELA BOCA, LESÃO NO OLHO E.

### OBSERVAÇÃO

### SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

### ALERGIAS

NEGA

### MEDICAÇÃO USUAL

### CONDUTA

AO CLINICO

Dr. Lucas Garibaldi de Deus Souza  
Téc. em Enfermagem  
CPF: 349.397.333

Paciente vitima de acidente com  
contusões, lacerações e hematomas  
na cabeça e membros superiores.

1) Soro fisiológico

2) Ibuprofeno 400mg + ADZ

3) Hipoclorito de sódio + ADZ

Vanessa Machado Leite

COREN PI 453.922 - TE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

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

Marcio Fernando Oliveira  
Enfermeiro  
COREN-PI 375.775

Cristiane Assis de Araujo  
Enfermeiro  
COREN-PI 482.355

Responsavel: LUIS COELHO DE RESENDE

482.355 - CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 719 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.000-000  
Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica - Série B - 1  
Regime especial de tributação autorizado pela SUDENE/SENER

Nº da Nota Fiscal **006650159**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE, não se aplica  
para lotes nº 70-430 de 25 de abril de 2008.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
<b>JUNHO/2018</b>	<b>12/06/2018</b>	<b>83</b>	<b>47,36</b>

SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA  
R. SENADOR COELHO 171 521 CENTRO  
CPF: 00000357914344  
CEP: 64.108-000 - BOA HORA

ROT: 304.719.04.07.169000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	1772	Atual:	05/06/2018
Anterior:	1689	Anterior:	07/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06/07/2018
Consumo Medido:	83	Emissão:	04/06/2018
Consumo Faturado:	83	Apresentação:	05/06/2018

NORMAL

29

Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Rec.	Módulo 12 meses
RESID. BY. RENDA	RODO	A1834758		1.4.1.1	66

RESID. BY. RENDA	DESCRIÇÃO DA CONTA	
MAI/18 82	CONSUMO 30 A R\$ 0,267038 =	8,01
ABR/18 67	53 A R\$ 0,457794 =	24,26
MAR/18 69	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,24
FEV/18 68	DIFERENÇA DE TARIFA	32,28
JAN/18 82	SUBVENCAO BAIXA RENDA	23,71
DEZ/17 66	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00	0,65
NOV/17 67	MULTA POR ATRASO 03/18-00	1,86
OUT/17 50	JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00	1,77
SET/17 57	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,34
AGO/17 56	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,35

TARIFA	CONTRIB.	TOTAL
1 A	0,00	0,00
2 A	0,00	0,00

**MENSAGENS IMPORTANTES / REALIZO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano	Valor R\$	
05/2018	41,00	Valor devido referente a prestação de serviço de fornecimento de energia elétrica e outros de 01-05-2018, em função dos dados fornecidos pela cliente. O não pagamento pode acarretar suspensão e inclusão de nome de devedor no SPCOM, informações sobre exclusão de nome de devedor e de restrição no nome de 28-05-2018 (valor máximo). Caso tenha efetuado o pagamento, por favor, desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO DO FISCO A195.C7E0.68A3.69AB.053E.01B3.3E72.5939

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INFORMAÇÕES ADICIONAIS - R\$	
Distribuição:	13,54	Base de Cálculo:	64,55
Energia:	25,72	Adicional ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,04	Valor do ICMS:	14,20
Encargos:	4,10	Valor do PIS:	0,52
Tributos:	17,15	Valor do COFINS:	2,43

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

7,27	14,53	29,06	3,86	7,73	15,45	4,14
0,00			0,00			0,00

CAMPO NAZCA

04/2018

9,17

ROT: 304.719.04.07.169000

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 719 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.000-000

83670000000 0 47360017000 4 000000000448 1 83500618008 6



SEQ.: 00210 UC: 0448835-0 DT. LEIT.: 05/06/2018 T. ENTR.: 01  
LEITURA: 1772 NORMAL TOTAL: 47,36 CARGA: 001  
DT. VENC.: 12/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1361

P/Reúnia  
(86) 99982.3093  
(86) 99816.8055

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JUL 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI





**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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proadomio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 24  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Coelho de Resende inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 793.410.203 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima  
Luiz Coelho de Resende inscrito (a) no CPF sob o Nº 793.410.203 / 87 conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER 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 Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>União</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64019-330</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>86/99982-3093</u>

Teresina 23 de Julho de 18  
Local e Data

Maria do Carmo Proadomio da Silva  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sandra Maria dos Santos Sousa,

RG nº 1770360, data de expedição 08/10/2004

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 003.579.143-84 com

domicílio na cidade de Bonferrut, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Senador Celso 171 521, nº 171,

complemento centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Luis Coelho de Resende cujo o condutor era

Luis Coelho de Resende.

Veículo: moto

Modelo: Honda / CG 125 FAN KS

Ano: 2015

Placa: PIJ-9632

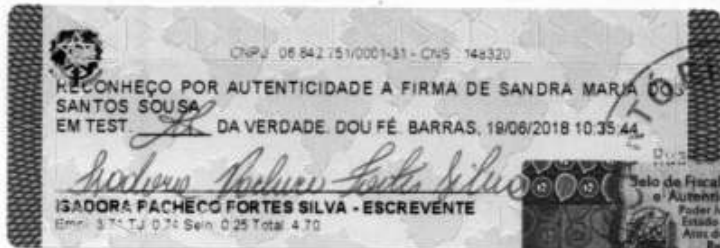
Chassi: 902JC4110FR113511

Data do Acidente: 13/09/2017

Local e Data: Barras 19/06/18

Sandra Maria dos Santos Sousa  
Assinatura do Declarante

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







HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR  
CONTORNO

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

### Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0134146

Data: 13/09/2017

Funcionario: SOCORRO

Registro: 60232

Hora: 09:08:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 15

SUS

### LUIS COELHO DE RESENDE

Nasc.: 05/10/1976 Idade: 40 ANOS, 11 MESES, 8 DIAS Telefone: (86) 9813-20099 CPF: - RG: 2842003 - SUS: 206822685980002 Civil: CASADO(A) CEP: 64108-

End.: SENADOR COELHO, 1.971 -

Bairro: CENTRO

Cidade: BOA HORA/PI

IBGE: 2201770 Cor: PARDA Mãe: IRACEMA COELHO DE RESENDE

Pai: DOMINGOS COELHO DE RESENDE

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6499 - CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO

Responsavel: LUIS COELHO DE RESENDE - O MESMO

482.355

### Procedimentos

13/09/2017 9:08 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

### QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO SANGRAMENTO PELA BOCA, LESÃO NO OLHO E

### OBSERVAÇÃO

### SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

### ALERGIAS

NEGA

### MEDICAÇÃO USUAL

### CONDUTA

AO CLINICO

Paciente vitima de acidente com  
contusões, Glasgow 15. Lesões hemitórax esquerdo  
direito e expulso.

1) Soro fisiológico

2) Lidocaina 1amp + ADV

3) Heparina 1amp + ADV

Vanessa Machado Leite  
COREN PI 453.922 - TE

Dr. Lucas Garibaldi de Deus Souza

MEDICO  
CRM Nº 6499

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina, PI

Marcio Fernando Oliveira  
Enfermeiro  
COREN-PI 375.778

Cristiane Assis de Araujo  
Enfermeiro  
COREN-PI 482.355

Responsavel: LUIS COELHO DE RESENDE

482.355 - CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:50:46

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313504593100000012401141

Número do documento: 20111313504593100000012401141

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA 14/09/17 HORA: \_\_\_\_\_ N° DO TELEFONE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL SOLICITANTE HRCM MUNICÍPIO Campo Maior

MÉDICO: José Roberto da Silva CRM: 5200

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetria ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Lia Coelho de Resende

Idade: 40 anos Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

HDA: Paciente com episódios de forte dor abdominal, com náusea e vômito, história de trauma motorizado há 24 horas. Grav 15.

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tax. \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mm PA: 120 x 80 mmHg Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venosa
- ( ) Aspiração (x) Medicação Dipirano + Voltaren
- ( ) Curativo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

\_\_\_\_\_

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clinica/Posto: Neurologia Senha: 2017 09 15 125

Assinatura e carimbo do Médico

José Roberto da Silva  
MÉDICO  
CRM-PI 5200  
CPF: 021.335.103-76





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Luiz Carlos de Resende

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 454288



**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".







HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

NEURO

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 14/09/2017 17:09:56

(User: FLAVIA ANDRADE)  
(Retção: ACCR01)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUIZ COELHO DE RESENDE		Frontuário: 454288
Mãe: IRACEMA COELHO DE RESENDE	Pai: DOMINGOS COELHO DE RESENDE	
End. Resid.: RUA SENADOR COELHO Nº171 - CENTRO - BOA HORA - PI - CEP: 64108-000		
Nascimento: 05/10/1976	Idade: 40a:11m:9d	Sexo: Masculino Fone: 86-91320-099
Responsável: SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA	CNS: 206822685980002	
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 2842003 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 625022	Data: 14/09/2017 16:50:01	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLISTA (MOTOC)		
Cond. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Tipico: Não
		Convênio: S U S
		CID Secundario: V299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: CEFALÉIA	Evento Principal: História de trauma cranioencefálico	Destino: CLÍNICO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE HA 30 HORAS, COM CEFALÉIA REFRACTÁRIA. DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E COMORBIDADES. ECOIS 10/03 ABRIL.		Profissional Clas. Risco: FLAVIA MARIA DA SILVA ANDRADE COREN 158813 PI Em: 14/09/2017 17:09:56	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: 17:20)

Paciente vítima de acidente motociclistas (colisão moto-moto) há 30 h, trazido pela ambulância, sem lesões cervicais. Relata perda da consciência e do episódio de vômito. Dóres cefálicas na região frontal.

A: Vias aéreas patentes. Sem cianose.

B: MM @, NI RA.

C: Pulso @, estável hemodinamicamente.

D: Glogow 15, consciente.

E: Hematoma em olho E.

PA: X mmHg	Pulso: bpm	FC: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		ATOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUL 2018	
- A neurologia.		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Se Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: / /		HORA: : :	
		303040972 5068	
		Procedimento CID	

Sandra Maria dos Santos Sousa  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 16603
	AIH: 2217102208519

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 2068230A5980002	NOME DO PACIENTE LUIZ COELHO DE RESENDE	NASCIMENTO 05/10/1976	SEXO M	PRONTUÁRIO 454228
DOCUMENTO 2842003	CPF 8691320099	TELEFONE IRACEMA COELHO DE RESENDE	RESPONSÁVEL SANDRA MARIA DOS SANTOS	
CEP 64108000	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 000
BAIRRO BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO BOA HORA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO RISCO DE VIDA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) TC DE CRÂNIO
--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
----------------------------

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 SECUNDÁRIO
---	-------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO
--

LEITO/CLÍNICA NEUROLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR CPF: 92014740397 CRM
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 14/09/2017
DATA ADMISSÃO 14/09/2017 16:50	DATA ALTA 30/09/2017 09:30
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
---------------	-----------------	---------------	-------	-----------------	--------------	------	-------------------

### AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 462610715 CRM	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 14/09/2017 20:04:02
------------------------------------	--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PREFEITURA DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Luiz Coelho da Menezes					01
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:	MÉDICO ASSISTENTE			
- ELG 15 - TCC + HbA1c normal		Neuro			
ALERGIAS	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
	14/09/17	08:10	XTCO com insônia, irritabilidade, fúria, euforia. Dança. Distúrbio e clure espontânea. Lucubrão no posto de		
1. Dieta 1 NUNDA					
2. SF 0.9% 500ml EV 24h					
3. 0.9% - 10ml/soro					
4. Paracetamol 1amp + AD EV lento 8/8h					
5. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h					
6. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)					
7. Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa					
8. Fenitoína 100 mg					
9. SSVV 6/6h					
10. TCC 30mg					
11. Omeprazol 20 mg					
12. TCC 20mg					
13. TCC 20mg					
14. TCC 20mg					
15. TCC 20mg					
16. TCC 20mg					
17. TCC 20mg					
18. TCC 20mg					
19. TCC 20mg					
20. TCC 20mg					
21. TCC 20mg					
22. TCC 20mg					
23. TCC 20mg					
24. TCC 20mg					
25. TCC 20mg					
26. TCC 20mg					
27. TCC 20mg					
28. TCC 20mg					
29. TCC 20mg					
30. TCC 20mg					
31. TCC 20mg					
32. TCC 20mg					
33. TCC 20mg					
34. TCC 20mg					
35. TCC 20mg					
36. TCC 20mg					
37. TCC 20mg					
38. TCC 20mg					
39. TCC 20mg					
40. TCC 20mg					
41. TCC 20mg					
42. TCC 20mg					
43. TCC 20mg					
44. TCC 20mg					
45. TCC 20mg					
46. TCC 20mg					
47. TCC 20mg					
48. TCC 20mg					
49. TCC 20mg					
50. TCC 20mg					
51. TCC 20mg					
52. TCC 20mg					
53. TCC 20mg					
54. TCC 20mg					
55. TCC 20mg					
56. TCC 20mg					
57. TCC 20mg					
58. TCC 20mg					
59. TCC 20mg					
60. TCC 20mg					
61. TCC 20mg					
62. TCC 20mg					
63. TCC 20mg					
64. TCC 20mg					
65. TCC 20mg					
66. TCC 20mg					
67. TCC 20mg					
68. TCC 20mg					
69. TCC 20mg					
70. TCC 20mg					
71. TCC 20mg					
72. TCC 20mg					
73. TCC 20mg					
74. TCC 20mg					
75. TCC 20mg					
76. TCC 20mg					
77. TCC 20mg					
78. TCC 20mg					
79. TCC 20mg					
80. TCC 20mg					
81. TCC 20mg					
82. TCC 20mg					
83. TCC 20mg					
84. TCC 20mg					
85. TCC 20mg					
86. TCC 20mg					
87. TCC 20mg					
88. TCC 20mg					
89. TCC 20mg					
90. TCC 20mg					
91. TCC 20mg					
92. TCC 20mg					
93. TCC 20mg					
94. TCC 20mg					
95. TCC 20mg					
96. TCC 20mg					
97. TCC 20mg					
98. TCC 20mg					
99. TCC 20mg					
100. TCC 20mg					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

MÉDICO/CRM: -  
1) TCC 20mg - AD EV ACN.  
2) TCC 20mg - AD EV ACN.  
50mg - 100mg - 100mg

Dr. Adriano Uliana dos Reis  
Cardiologista  
CRM: PI 2451 / CPF: 891.921.545-00

Ata última de TCC avali com captação  
peritente, comente, orientados do S.O.S  
Enfermagem  
CORREÇÃO 307596



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

16603

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES /

5828856

198262

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: LUIZ COELHO DE RESENDE

6 - Prontuário: 454288

7-CNS: 206922685980002

8-Nascimento: 05/10/1976

9-Sexo: Masculino

RG: 2842003 - SSP PI

11-Mãe: IRACEMA COELHO DE RESENDE

12-Fone: 86-91320-099

13-Resp: SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA

14-Cor: Parda

15-Endereço: RUA SENGADOR COELHO Nº171 - CENTRO - CEP: 64108-000

Munic: BOA HORA

17-Cod. IBGE: 220177

18-UF: PI

19-CEP: 64108-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

TCE após queda do mto (STC); FICUT (queda do corpo) fratura de fêmur

21 - Condições que justificam a internação:

Lesão do membro superior direito

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Do osso

23-Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-CID Prim: S068

25-CID Sec.: 25

26-CID C.Ass.: 25

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Proced.: 27- Procedimento Solicitado:

0303040092

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)

29-Clinica:

30- Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 900.147.403-97

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34- Data Solicitação:

JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

14/09/2017

25 JUL 2018

DR. MARCELO DOS SANTOS

CRM 3960

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito

39- CNPJ Seguradora:

40- No. Bilhete:

41- Série:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42- CNPJ Empresa:

43- CNPJ Empresa:

44- CBOR:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45- Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:

47- Data Autorização:

48- Documento:

49- Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50- Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51- Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ERICA LARISSA)  
Consulta Local: 625022  
Consulta SUS:  
Impressão: 14/09/2017 19:33:18

< - idna maria dos santos sausa





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 16603
	AIH: 2217102208519

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
204822683980002	LUIZ COELHO DE RESENDE	05/10/1976	454288	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
2842003	8691320099	IRACEMA COELHO DE RESENDE	SANDRA MARIA DOS SANTOS	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)			
64108000	RUA SENADOR COELHO, 171			
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	NUMERO / LOTE	UF
BAIRRO CENTRO		BOA HORA	000	PI

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE	0303040106

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO	0303040092		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE	0303040106		
DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	S95K		

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

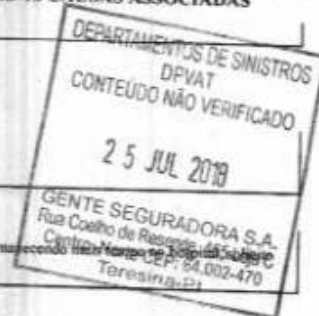
Paciente vítima de acidente trânsito, internado com TCE médio, não teve recuperação satisfatória, tendo várias intercorrências neurológicas, permanecendo em estado de inconsciência, necessitando de cuidados de suporte de vida, sendo necessário a realização de procedimentos de suporte de vida, sendo necessário a realização de procedimentos de suporte de vida, sendo necessário a realização de procedimentos de suporte de vida.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
980016282994204	04/10/2017

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
FABIANNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
980016000327787		04/10/2017 09:39:59





Imp: 14/09/2017 17:10:06  
(FLAVIA ANDRADE)

<b>Nome:</b> LUIZ COELHO DE RESENDE		<b>Prontuário:</b> 454288
<b>Mãe:</b> IRACEMA COELHO DE RESENDE		
<b>End. Resid.:</b> RUA SENADOR COELHO N°171 - CENTRO - BOA HORA - PI - CEP: 64108-000	<b>Pai:</b> DOMINGOS COELHO DE RESENDE	
<b>Nascimento:</b> 05/10/1976	<b>Idade:</b> 40a:11m:9d	<b>Sexo:</b> Masculino
<b>Responsável:</b> SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA		<b>Fone:</b> 86-91320-099
<b>Profissão:</b> LAVRADOR		<b>CNS:</b> 206822685980002
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>Documento:</b> RG: 2842003 - SSP PI
<b>End. Local:</b> - - -		<b>E. Civil:</b> Casado (a)

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 625022	<u>Data:</u> 14/09/2017 16:50:01	<u>Clas. Cor:</u> Amarelo
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		<u>Convênio:</u> S U S

Data/Hora Solicitação: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ ESPECIALISTA: NCM 48-29

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

ESPECIALISTA:

WLM 98-29

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

25 JUL 2018

Carimbo/Assinatura Solicitante

GUARADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Nova CEP: 64.002-470  
Teresina, PI

- 866-15

regaleia leve

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DATA/HORA SOLICITAÇÃO: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ ESPECIALISTA: - Sem data

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

ESPECIALISTA:

- Sam Chigata

neurologien Gelenk

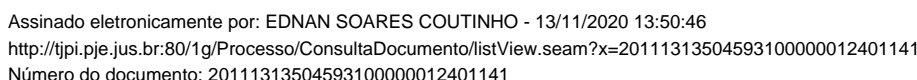
cd:- Zntenna Core

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora:     /     /

2004-10-17  
 10/17/2004  
 10/17/2004

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





# PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		ADM: 14/09/2017	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. DE APT.	LEITO
Luiz Coelho de Resende			454288	05/10/1976	Neuro	216	156
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES							
TCE + HSA? HSAE (FISHER III)?							
ALERGIAS							
PRESCRIÇÃO MÉDICA		DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:		MÉDICO ASSISTENTE			
		30/09/2017		JOAQUIM			
OBSERVAÇÕES		HORÁRIO					
1. Dieta hipossódica (HPS), laxativa				9:30 alto no pitão			
2. AV Salinizado				Rosângela de Jesus			
3. Fenitoína 100mg VO 8/8h				RELAZANTE ALTA ENFERMEIRA			
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 4/4h				CÉSTOR SAÚDE			
5. Tramadol 100mg + 100ml SF0,9% EV lento até 8/8h (SOS)							
6. Metoclopramida 5mg/ml - 1amp EV 8/8h (SOS)							
7. Nimodipino 30mg 2CP VO 4/4h							
8. Captopril 25mg 2CP VO 12/12h se PA > 180/110mmHg							
9. Diazepam 10mg às 21horas VO 1x/dia							
10. Ranitidina 150mg VO 12/12h							
11. Hidroclorotiazida 25mg 1CP VO 1x/dia em jejum pela manhã							
12. Fisioterapia M e R							
13. SSVV 6/6h							
14. ABB Hospital							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JUL 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Niterói CEP: 24.002-470  
Teresina - PI

Dr. Elton Bezerra  
CRM: 304.033-70  
NEUROCIRURGIA  
FONE: 5510

MÉDICO/CRM:





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0622-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ COELHO DE RESENDE** (Prontuário: 454288)  
Endereço: RUA SENADOR COELHO Nº171 - CENTRO - BOA HORA - PI CEP: 64108-000  
Nascimento: 05/10/1976 Idade: 40a:11m:13d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 198262  
Requisição: 775428 Solicitação: 18/09/2017 Solicitante: JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR  
Controle: 962901 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LEITO 156

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 18/09/2017

### ANGIO TC DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais com Tomógrafo multi-detecores, com reconstruções 3D, após administração Endovenosa do meio de contraste.

- PORÇÃO INTRACRANIANA DAS ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS COM CALIBRE NORMAL E CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- ARTÉRIAS CEREBRAIS MEDIAIS E POSTERIORES ANATÔMICAS.
- HIPOPLASIA DA ARTÉRIA VERTEBRAL ESQUERDA (VARIANTE DA NORMALIDADE).
- HIPOPLASIA DO SEGMENTO A1 DA ARTÉRIA CEREBRAL ANTERIOR DIREITA (VARIANTE DA NORMALIDADE).
- NÃO EVIDENCIAMOS MALFORMAÇÃO VASCULAR OU ANEURISMAS DETECTÁVEIS PELO MÉTODO.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 18/09/2017

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



*Luis Coelho de Resende*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.842.003 DATA DE EMISSÃO 29/03/06

NOME LUIS COELHO DE RESENDE

IRACEMA COELHO DE RESENDE  
DOMINGOS COELHO DE RESENDE

BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 05/10/1976

CERT. NASC. 10412 L A9 F 223V  
EXP BARRAS-PI 25/07/05

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.115 DE 29/06/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome  
LUIS COELHO DE RESENDE

Nº de Inscrição 793410203-87 Data de Nascimento 05/10/76



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura  
LUIS COELHO DE RESENDE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 21/10/96

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

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



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
 UNIDADE ADMINISTRATIVA DO BRASIL  
 UNIDADE ADMINISTRATIVA DO BRASIL

**PIAUÍ**

**1554660910**  
 VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL

**MARIA DO CARMO PROCÓPIO DA SILVA**  
 RG: 1457994 SSP PI  
 DATA DE NASCIMENTO: 15/08/1973  
 CPF: 763.754.763-44  
 DATA DE EMISSÃO: 29/04/2003  
 DATA DE VALIDADE: 15/12/2022  
 LOCAL: TERESINA, PI  
 ENDEREÇO: Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

**PIAUÍ**

**1554660910**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 25 JUL 2023  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180343178 **Cidade:** Boa Hora **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS COELHO DE RESENDE **Data do acidente:** 13/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 02/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Luis Coelho de Resende</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Advogado</u>
Identidade n°: <u>9.842.003</u>	CPF n°: <u>793410203-87</u>	
Endereço: <u>R. Senador Coelho 171 521 Centro</u> <u>Boa Flora - PI</u>		
CEP: <u>64.108-000</u>	Telefone: <u>80 99982-3093</u>	

## OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira  
 Identidade n°: 1.457.994-SSP/PI CPF n°: 703.754.703-44  
 Profissão: Bacharel em Direito Telefone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177  
 Endereço: Rua Henrique Dias, N° 790, Bairro: Vermelha - Teresina - PI, CEP: 64.019-330

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vitima

Luis Coelho de Resende

Barras 19/06/18

Local e data

Luis Coelho de Resende

- Outorgante -

