

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

The title bar shows multiple tabs including "Email - Alana L.", "Controle de do...", "Mensagens", "Audiências", "Consulta processo", "0801712-96.20...", "Baixar o arquivo", "(30) WhatsApp", and others.

The address bar displays the URL: [tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=5665568&ca=186bf8dd84ce50efb71e032afa99901...](https://tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=5665568&ca=186bf8dd84ce50efb71e032afa99901...)

The main content area shows a document titled "13110453 - CONTESTAÇÃO (2764526 CONTESTACAO 01)" dated "13 Nov 2020".

The left sidebar lists several documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 13110452 - CONTESTAÇÃO
  - 13110453 - CONTESTAÇÃO (2764526 CONTESTACAO 01)
  - 13110454 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 13110455 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 13110456 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 13110457 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The right panel displays the document content, which includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI".

The bottom status bar shows system icons for network, battery, and date/time (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="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

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

Nº Sinistro: **3180343178**  
Vitima: **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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:50:46  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313504593100000012401141>  
Número do documento: 20111313504593100000012401141

Num. 13110454 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUIS COELHO DE RESENDE

Nº Sinistro: 3180343178  
Vitima: 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](http://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



00060454

Carta nº 13247763



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:50:46  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313504593100000012401141>  
Número do documento: 20111313504593100000012401141

Num. 13110454 - Pág. 2



## 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

Luis Coelho de Resende

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Luis Coelho de Resende	793.110.203-87	Variador
Endereço	Número	Complemento
Rua Senador Coelho	174	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Boa Hora	Piauí
Email	CEP	Telefone (DDD)
	64108-000	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"/> 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 NRO. DIV CONTA NRO. DIV  
3436  09924   
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO
AGÊNCIA	DIV	CONTA
NRO.		NRO.

(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.

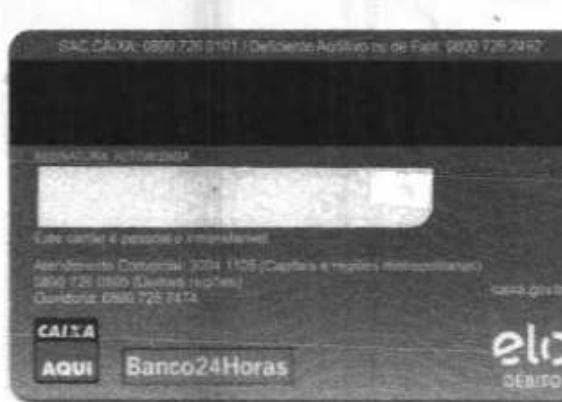
Bares 23 de Julho de 18  
Local e Data

Luis Coelho de Resende

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:50:46  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313504593100000012401141>  
Número do documento: 20111313504593100000012401141

Num. 13110454 - Pág. 4



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 203748.000057/2018-91

Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA 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

Endereço:

BOA HORA

Endereço:

OUTROS, Nº:

Complemento:

460012

Data/Hora

13/09/2017 - 08:00

Bairro

NÃO INFORMADO

Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

LUIZ COELHO DE RESENDE  
SENADOR COELHO, CENTRO, Nº:  
NÃO INFORMADO  
Cidade: BOA HORA

Tipo Envolv.: VITIMA  
Noticiante: DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

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

### 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:
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						
SENADOR COELHO CENTRO Número:						
Cidade: BOA HORA UF: Bairro: NÃO INFORMADO						

### RELATO DA OCORRÊNCIA

Informa que no dia e horário acima se deslocou de casa ao trabalho (lavoura). Que chegando la percebeu que havia quebrado 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 com o declarante 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 - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Nº da Ocorrência emitida em: 11/07/2018 10:32 - 5450920112413471

Página 1/1



## 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: Luis 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)

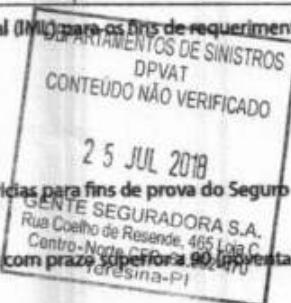
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Barras, 23 de Julho de 18  
Local e Data

Luis Coelho de Resende

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARTE 001\_V001/2017



**Ficha de Atendimento (Acolhimento)**

Atendimento:P0134146 Registro:60232  
Data: 13/09/2017 Hora: 09:08:00  
Funcionario:SOCORRO Tipo:CONSULTA  
Sexo: MASCULINO  
**SUS**

**Senha 15**

CPF: - RG: 2842003 - SUS: 206822685980002

Civil: CASADO(A) CEP:64108-

Bairro: CENTRO

Cidade: BOA HORA/PI

Pai: DOMINGOS COELHO DE RESENDE

Document: 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

Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA

**MEDICAÇÃO USUAL**

Paciente vítima de acidente com sangramento na boca e lesão no olho. Foi feita limpeza e higiene.

**CONDUTA**  
AO CLINICO

Dipirona 500mg + 500ml de soro fisiológico

1) Sfoix 100ml ✓

2) Iloprost 1amp + ADT ✓

3) Liposolva 1amp + ADT ✓

Dr. Lucas Garibaldi de Deus Souza

MÉDICO  
CRM N° 6499

Vanessa Machado Leite  
COREN PI 453.922 - TE

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

Cristiane Assis de Araujo  
Enfermeira  
COREN PI 482.355

Responsavel: LUIS COELHO DE RESENDE

482.355 - CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO





Para efetuar com a  
Eletrobras, informe  
seu NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0448835-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 719 - Centro/PI - Teresina - PI  
CNPJ: 05.480.745/0001-09 | Fone: Fax: 081 301.383-5  
Nota Fiscal e Conta de Luzaria Elétrica - Série B - I  
Reserva Imperial da Imprensa autorizada pelo SED/CE/MA/PI

Nº da Nota Fiscal 006650159

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, fixada no  
pelo Decreto nº 73.430 de 25 de abril de 2002.

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

SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA  
R. SENADOR COELHO 171 521 CENTRO  
CPF: 00000357914384  
CEP: 64.108-000 - BOA HORA

ROT: 304.719.04.07.169006

DADOS DA FUTURA	ATUAL	DATAS DA LEITURA
Atual:	1772	Atual:
Anterior:	1689	Anterior:
Consumo de Multiplicador:	1.000	Próximo Leitura:
Consumo Médico:	83	Emissão:
Consumo Faturado:	83 FCAM	Apresentação:

NORMAL

29

CLASSE/SUBCLASSE	LIGAÇÃO	NÚMERO MODIFICADO	PONTOS	CÓDIGO FAB.	MÉDIA 12 MESES
RESÍD. BX. RENDA	FCAM	A1834758	1.4.1.1	66	
DETALHAMENTO CONSUMO					
Mês/Ano CONSUMO					
MAI/18 82					
ABR/18 67					
MAR/18 69					
FEV/18 68					
JAN/18 82					
DEZ/17 66					
NOV/17 67					
OUT/17 58					
SET/17 57					
AGO/17 56					
TOTAL CONSUMO:					
82 + 67 + 69 + 68 + 82 + 66 + 67 + 58 + 57 + 56 = 619,00					
21 * 80 = 0,0000					
TOTAL CONSUMO: 619,00					
DESCRIPÇÃO DA CONTA					
CONSUMO 30 A R\$ 0,267838 = 8,01					
53 A R\$ 0,457794 = 24,26					
CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP) 2,24					
DIFERENÇA DE TARIFA 32,28					
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 23,71					
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 03/18-00 0,65					
MULTA POR ATRASO 03/18-00 1,86					
JUROS DE MORA DE INPO 03/18-00 1,77					
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,34					
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,35					

MENSAGEM INFORMATIVA / AVISOS DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
05/2018	41,80
MENSAGEM INFORMATIVA / AVISOS DE VENCIMENTO	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25	

RESERVADO AO RISCO A195.C7E0.68A3.69AB.053E.01B3.3E72.5939

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		VALORES DE REFERÊNCIA - R\$	
Despesas:	13,54	Base de Cálculo:	64,55
Energia:	25,72	Alíquota ICMS:	22,00%
Transportes:	4,04	Valor do ICMS:	14,20
Encargos:	4,18	Valor do PIS:	0,52
Impostos:	17,15	Valor do COFINS:	2,43

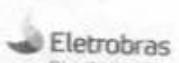
INHEDORES DE CONTINUIDADE

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

CAMPÃO MAIOR

04/2018 9,17

ROT: 304.719.04.07.169006



SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0448835-0	47,36
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2018	12/06/2018

Nº da Nota Fiscal: 006650159 FCAM

83670000000 0 47360017000 4 00000000448 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



**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 Maria do Carmo Procadomio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.750-703-111,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leir (o filho de Resende inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 793.610-203-87 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Leir (o filho de Resende, inscrito (a) no CPF sob o Nº 793.610-203-87, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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	Número	Complemento
<u>Rua Henrique Dias</u>	<u>790</u>	
<u>Veneza</u>	<u>Ribeirão</u>	
<u>Cidade</u>	<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
<u>Teresina</u>	<u>Piauí</u>	<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 Procadomio da Silva  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

EI. Sandra Maria dos Santos Souza,  
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 Bonfim, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Senador Coelho 171 521, nº 171,  
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado 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: 909JC4110FR113511  
Data do Acidente: 13/09/2017  
Local e Data: Barras 19/06/18

Sandra maria dos santos souza  
Assinatura do Declarante

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





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR  
CONTOURNO  
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

### Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0134146 Registro: 60232  
Data: 13/09/2017 Hora: 09:08:00  
Funcionario: SOCORRO 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  
IBGE: 2201770 Cor: PARDA Mãe: IRACEMA COELHO DE RESENDE País: DOMINGOS COELHO DE RESENDE

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6499 - CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO  
Responsavel: LUIS COELHO DE RESENDE - O MESMO

CPF: - RG: 2842003 - SUS: 206822685980002

Civil: CASADO(A) CEP: 64108-

Bairro: CENTRO

Pai: DOMINGOS COELHO DE RESENDE

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

Dipinog 200mg en Enferm 349 39 350 29

ok 200mg + 30EV

1) gfort 100ml ✓

2) Iloschian 1amp + ADT ✓

3) Liposano 1amp + ADT ✓

Vanessa Machado Leite  
COREN PI 453.922 - TE

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

Márcio Fernando Oliveira  
Enfermeiro  
COREN PI 375.718

Estevam Neves de Araujo  
Enfermeiro  
COREN PI 482.355

Responsável: LUIS COELHO DE RESENDE

482.355 - CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO



## SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 14/09/17 HORA: \_\_\_\_\_ N° DO TELEFONE: \_\_\_\_\_HOSPITAL SOLICITANTE H.R.C.M. MUNICÍPIO TimonMÉDICO: Jonathas Rodrigues da Silveira CRM: 5000

## NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

 Obstetrícia     Trauma     Clínico     Cirúrgico     Psiquiatria     Outro

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Silva Coelho de ResendeIdade: 40 anos Sexo:  Masculino  FemininoHDA: Paciente com edema de fato observado estando com náuseas e vômitos de mau cheiro desde há 24 horas. Fiebre 38.ESCALA DE GLASGOW: 15

## RESPOSTA VERBAL

- Orientado
- Confusa
- Palavras inapropriadas
- Palavras incompreensíveis
- Nenhuma

## RESPOSTA MOTORA

- Obedece a comandos
- Localiza dor
- Movimento de retirada
- Flexão anormal
- Extensão anormal
- Nenhuma

## SINAIS VITAIS

T ax. \_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_ mm PA: 120x80 mmHg Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_ mg/dl

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- Oxigênio     Hidratação Venosa
- Aspiração     Medicação Diprava + Metoclopramida
- Curativo     Outros:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DAVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

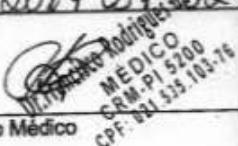
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Tocantins-TO

## EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

## HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT HUT -Clínica/Posto: Urologia Senha: 2017091411125

Assinatura e carimbo do Médico

  
MÉDICO  
CRM-PI 5200  
CPF: 831.535.103-16





NOME DO PACIENTE: Luiz Coelho de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 454.287



**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: 05.522.917/0022-02

NEURO  
LJS

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUIZ COELHO DE RESENDE		Prontuário: 454288
Mãe: IRACEMA COELHO DE RESENDE	Pai: DOMINGOS COELHO DE RESENDE	
End. Resid.: RUA SENADOR COELHO N°171 - 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 MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Sim ✓	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundário: V299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: CEFALÉIA	Evento Principal: História de trauma craniocéfálico	Destino: CLÍNICO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE HA 30 HORAS, COM CEFALÉIA REFRACTORIA. DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E COMORBIDADES. ECGIS 100% AFEBRIL MSD em TC ONDE		Profissional Clas. Risco: FLAVIA MARIA DA SILVA ANDRADE CORESP 158813 PI Em: 14/09/2017 17:09:56	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: 17 : 20 )

Paciente vítima de acidente motociclistico (colisão moto-moto) há 30 h, trazido pela ambulância, sem lesão cervical. Relata perda da consciência e 01 episódio de vômito. Dolorcefalia na região frontal.  
 A: Vias urinárias normais. Sem uricalgia. Pbd Vácuo, náusea, Rua D.  
 B: NVG, ATRA  
 C: pulso G, intérvalo normal. pressão arterial.  
 D: Glasgow 15, consciente. E: Hematoma em olho E.

PA _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
- À入院检查	INTENSOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018	
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rodrigo Soárez Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o Procedimento e CID
DATA: / / HORA: :	Procedimento 303040992 CID 5068

Sandra maria dos Santos Souza  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 16603  
AIH: 2217102208519

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
206822685980002	LUIZ COELHO DE RESENDE	05/10/1976	M	454288
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
2842003	8691320099	IRACEMA COELHO DE RESENDE	SANDRA MARIA DOS SANTOS	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
64108000	ENDEREÇO - LOGRADOURO			000
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		UF
BAIRRO CENTRO		BOA HORA		PI

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO**  
RISCO DE VIDA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
TC DE CRANIO

DEPARTAMENTOS DE SINAIS  
UPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL  
S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDÁRIO

GENTE SEGURADORA C.S.A.  
Rua Conselheiro Joaquim Barbosa, 505 Log. C  
CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS  
Norte CEP: 64.002-422  
Teresina-PI

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

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

LEITO/CLÍNICA  
NEUROLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER  
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

DATA ADMISSÃO  
14/09/2017 16:50

DATA ALTA

MOTIVO ALTA,  
ALTA MELHORADO

CPF: 90014740397

CRM

**CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)**  
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

**AUTORIZAÇÃO**

**PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))**

**NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA**

LUCIANA RIBEIRO FORNIGA ROCHA  
CPF: 462630715 CRM:

DATA ANÁLISE: 14/09/2017 20:04:00

CRM: DATA ANÁLISE

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREFEITURA DE TERESINA  
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE

KUTV

**HUT**

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:50:46  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131350459310000012401141>  
Número do documento: 2011131350459310000012401141

Num. 13110454 - Pág. 17



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

16603

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES / <b>5828856</b>	<b>198262</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>LUIZ COELHO DE RESENDE</b>	6 - Prontuário: <b>454288</b>
7-CNS: <b>206822685980002</b>	8-Nascimento: <b>05/10/1976</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>2842003 - SSP PI</b>
11-Mãe: <b>IRACEMA COELHO DE RESENDE</b>	12-Fone: <b>86-91320-099</b>
13-Resp: <b>SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA</b>	14-Cor: <b>Parda</b>
15-Ender: <b>RUA SENADOR COELHO N°171 - CENTRO - CEP: 64108-000</b>	16-Cod.IBGE: <b>220177</b>
Munic: <b>BOA HORA</b>	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64108-000</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## - Principais sinais e sintomas clínicos:

TCE após ress. ab mto (STC); FLCIT (golpe) Tbc carb. hansenio subcostal feronto

## 21 - Condições que justificam a internação:

Nox d'ivid/ Necessidade obstrutiva gástrica

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

MOMENTOS DE SINISTRA  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

## 23-Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-CID Prim: 5068

25-CID Sec.: 25 JUL 2019

## Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)

## 29-Clinica:

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

CENTRE SEGURADORA  
Rua Gólio de Resende, 415 - Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-420

Dr. Vitor  
CRM 3960  
Cirurgião

35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

## 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

14/09/2017

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

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

## 46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF

49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

## 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

rica maria dos santos souza

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

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5820056
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5820056

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
206812683980002	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)				NUMERO / LOTE
64108000	RUA SENADOR COELHO, 171			006	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
BAIRRO CENTRO			BOA HORA		PI

#### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

#### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO	CÓDIGO 0303040092		
DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE	CÓDIGO 0303040106		
DIAGNOSTICO INICIAL OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 PRINCIPAL S06X	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 1455  
Centro - Teresina - PI - CEP 64002-470  
Teresina-PI

#### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente trânsito, internado com TCE médio, não teve recuperação satisfatória, tendo várias intercorrências neurológicas, permanecendo na UTI e falecendo.

#### PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

#### AUTORIZAÇÃO

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

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

### 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 N°171 - 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	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : :	ESPECIALISTA: <i>NUM 98-25</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
<i>-) 718 (HSA e Mivial).</i> <i>reagelida leve</i>	
<b>DADOS DO PARECER:</b> Data/Hora: / / : <i>86615</i>	
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):</b> <i>- Sam elogiat.</i>	



Data/Hora Solicitação: / / : :	ESPECIALISTA: <i>- Sam elogiat.</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>neurologia gelan.</i>	
<b>DADOS DO PARECER:</b> Data/Hora: / / : <i>2017-09-14 17:10:06</i>	
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):</b> <i>cd: Zentena CR</i>	
<b>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</b>	





PREFEITURA DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:50:46  
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131350459310000012401141>  
Número de documentos: 2011131350459310000012401141

Num. 13110454 - Pág. 21



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FOL 1 de 1

## 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: SUS 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-detectores, 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.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 18/09/2017

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552 218 663-15 2443 CRM

Profissional Responsável







Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 13:50:46  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111313504593100000012401141>  
Número do documento: 20111313504593100000012401141

Num. 13110454 - Pág. 24

## 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 EVIDENCIAM 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 %

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## **PROCURACAO PARTICULAR**

OUTORGANTE: <u>José Coelho de Resende</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Bravadei</u>
Identidade nº: <u>9.842.003</u>	CPF nº: <u>193410203-87</u>	
Endereço: <u>R. Senador Coelho 171 521 centro</u> <u>Bea Flora PT</u>		
CEP: <u>64.108-000</u>	Telefone: <u>(60) 99982-3093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade nº: 1 457 994-SSP/PI

CPE n° 703 754 703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telephone: 86-9-9405-4326 / 9982-3003 / 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 perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer 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 Vítima

requerer a indemnização do SEGURO A OBRIGATÓRIO  
José Colhe de Resende

### Local $\epsilon$ data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPIVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

- Outrageous -

