



Número: **0802970-66.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **07/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DOMINGOS MENDES DA SILVA (AUTOR)	FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO) ARTHUR LENNON ALVES MENESES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13267 370	20/11/2020 14:09	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2017

Carta nº: 11680566

A/C: DOMINGOS MENDES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170501700 ASL-0355964/17

Vitima: DOMINGOS MENDES DA SILVA

Data Acidente: 30/07/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2017

Carta nº: 11686758

A/C: DOMINGOS MENDES DA SILVA

Sinistro: 3170501700 ASL-0355964/17
Vítima: DOMINGOS MENDES DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta nº: 11797206

A/C: DOMINGOS MENDES DA SILVA

Sinistro: 3170501700 ASL-0355964/17
Vítima: DOMINGOS MENDES DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

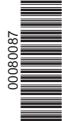
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2017

Carta nº: 11858508

A/C: DOMINGOS MENDES DA SILVA

Sinistro: 3170501700 ASL-0355964/17
Vitima: DOMINGOS MENDES DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

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: DOMINGOS MENDES DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000082541-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ **2.531,25**

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PE



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Domingos Mendes da Silveira, PORTADOR(A) DO RG Nº 1.413.547, EXPEDIDO POR SSP PI EM 10/07/66 E CPF 49494946783(3)(9)(1) /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Receuse, SE E RENDA MENSAL DE R\$ Receuse (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Domingos Mendes da Silveira. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL/DPVAT;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LEI 10.240/01;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura da conta, com base na comprobatória dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scan em colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0004 N° da CONTA (com dígito, se existir) 82541-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0004 N° da CONTA (com dígito, se existir) 82541-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina, 12 de Setembro de 2017 Domingos Mendes da Silveira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para mais informações sobre o processo de análise da pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-1221204.





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:09:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112014093514200000012548404>
Número do documento: 20112014093514200000012548404

Num. 13267370 - Pág. 6

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Domingos Mendes da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Monte Santo, 2890
Santa Maria da Codipi Teresina PI CEP: 64012-250
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1413547
Data local do exame: [17/10/2017] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO
-FRATURA COMUNITIVA DA PATELA ESQUERDO
-FRATURA COMUNITIVA EM PLATO TIBIAL ESQUERDO
PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO E EM Perna ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V*)
se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SÓMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*)

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 30-07-17 LEVANDO A FRATURA DO JOELHO ESQUERDO

Data da alta: 30-08-17

OSTEOSSINTESE COM FIOS METALICOS

Complicações: VIDE ACIMA

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO COM DOR EM JOELHO E EM Perna ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NAO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão" Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na integra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Frederico Soares de Oliveira
Frederico F Oliveira
Cardiologista Médico
CRM-PI 5938

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:09:35
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011201409351420000012548404
Número do documento: 2011201409351420000012548404

Num. 13267370 - Pág. 7

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Documento de identificação

Eu, Domingos Mendes Da Silva, portador da carteira de identidade nº 4.413.547 e inscrito no CPF/MF sob o nº 492.926.793-91 residente e domiciliado na Rua Monte Santo nº 2890, Cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

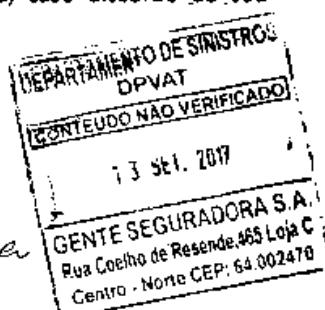
Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Domingos mendes da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Teresina - PI 3210912017

Local e data





Dados da Chamada	01 N°. do chamado 4713 / 05	02 Data do chamado 30/07/17	03 PRO (código) 2974	04 Saída do PA 18:35	05 Chegada ao local 18:35 / 851	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 18:58	07 Chegada ao 1º hospital 19:16	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Avenida Josué Moura Santos S/N	11 Bairro PB III	12 Município-UF Tel/Pi	Código IBGE 223100		
	13 Ponto de referência antigo posto fiscal					
	14 Nome José Domingos Mendes da Silva					
	15 Telefone (86) 3223-1000					
Dados do Paciente	16 Idade 47	1 - Dia <input type="checkbox"/>	2 - Mês <input type="checkbox"/>	3 - Ano <input type="checkbox"/>	4 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 0				
	1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/>	2 - Não <input type="checkbox"/>	3 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência Acidente de transporte	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	
Acidente de Transporte	19 Vítima Passageiro	20 Meio de locomoção Automóvel	21 Outra parte envolvida Outro passageiro	22 Equipamentos de segurança Capacete		
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outro 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Airbag <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL		24 Sinais Vitais	25 Local da lesão	
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma	5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	P脉 Resp. PA. TAX. SatO2		
	26 Pupilas Iguais	27 Pálpebra Radial Cheio	28 Sangramento Não	29 Dor X	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	
	30 Fratura Sim	31 Procedimentos realizados Aspiração	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada Melhorado	34 Óbito Não	
	35 Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a)	36 Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	37 Suspeito DPVAT	38 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	39 GENTE SEGUROADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 651 Centro - Norte CEP: 64.002-470	
Observações Interdisciplinares	<p>Colisão moto/moto: alcoolizado, consciente físico, eupnico, passageiro, sem capacete não apresentava fratura de NFI e sangramento.</p> <p>OBS: Paciente retirou por conta própria todo o material de imobilização.</p>					CONFERIR COM O ORIGINAL Manoel Valente Caronconde Gerente Administrativa SAMU
	40 Colaborador Enfermeiro Código: 419.878	Socorristas Médico AE/TE	41 Enfermeira Condutor	42 Socorrista Responsável pela recepção	43 Spônia	P. Sibila

Versão: 27.11.2011



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMINGOS MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000082541-6

Nr. da Autenticação 88F7737B07ADF513



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:09:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011201409351420000012548404>
Número do documento: 2011201409351420000012548404

Num. 13267370 - Pág. 11

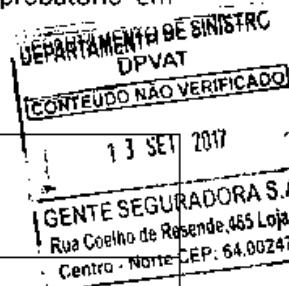
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Domingos Mendes da Silva

RG nº 3.413.547, data de expedição 10/07/06, Órgão SSP| PI

CPF nº 497.926.793-91, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:



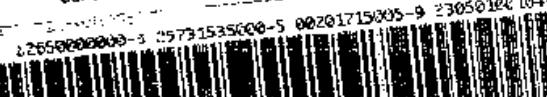
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua monte Santo</u>
Número	<u>nº 2890</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>STA Maria Da Encipi</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64032 - 250</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Teresina - PI 12/09/2017

Assinatura do Declarante: Domingos Mendes da Silva



Aguas de Grecia	
Ref.:	152052305
14057468-9	7/2017
LÍNEA:	25,73
08/03/2017	
 425500200000-3 25731535000-5 00201715305-9 23050100103-7	





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Alves Fernandes do Nascimento, portador(a) do RG nº 2.731.866, expedido por SSP/PE, em 28/07/05, CPF/CNPJ nº 040.853.583-08, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Domingos Mendes da Silva do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Domingos Mendes da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor - se Renda Mensal: R\$ Revisor - se DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO
13 SET 2017

Documentos comprobatórios: Revisor - se GENTE SEGURADORA S.
Rua Coelha de Resende, 45 Lt.
Centro - Norte CEP: 54.000

Francisco Alves Fernandes do Nascimento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Naiâne Lima da Silva

Autorização do proprietário

RG nº 2.773.040, data de expedição 31/10/05.
Órgão SSPIPE, portador do CPF nº 046.538.093-55 com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua monte Santo Pern verde, nº 2890
complemento Baixa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Domingos mendes da Silva, cujo o condutor era
Domingos mendes da Silva.

Veículo: moto

Modelo: Honda CG 325 FAN KS

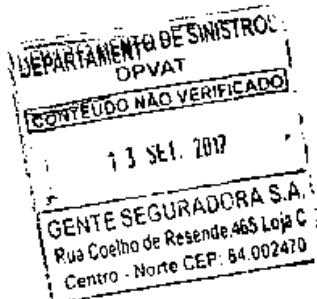
Ano: 2014 / 2015

Placa: PIC- 7371

Chassi: 9C2JCU110R810746

Data do Acidente: 30/07/2017

Local e Data: Teresina - PI 23/08/2017



Naiâne Lima da Silva

Assinatura do Declarante

Domingos mendes da Silva

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

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAGA LEAO
RUA 7 DE SETEMBRO, 200 - CENTRO/TERESINA - CEP: 64001-210 - TERESINA/PI
FONE: (86) 3221-3221 / 3221-6228 - Email: camp.teresina@mpdo.pi.gov.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: NAIâNE LIMA DA SILVA,
DOU FE, EM TESTE / NA VILA VERDE, TERESINA - PI, 23/08/2017.
Total: 50,00 Reais (50,00) - (22) - (22)

End.: 3,60 TJ: 0,72 SE: 0,00 Total: 50,00 Reais (50,00) - (22) - (22)

ADONIARA ALVES SOUZA/NOTARIA ELETRÔNICA DIFERENCIADA
21/08/2017/423082017





Co-branded by mkt

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 SET. 2017

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

NOME DO PACIENTE: Dominico Mendes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 429142

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



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

Otopenese

Imp: 30/07/2017 20:12:14

Usuário: GUILHERME
Data do uso: 10/08/2017

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: DOMINGOS MENDES DA SILVA		Prontuário: 429142
Mae: FRANCISCA MENDES DA SILVA	Pai: FRANCISCO DA SILVA	
End. Resid.: RUA MONTE SANTO N2890 - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 28/02/1970	Idade: 47a:5m:2d	
Responsável: DOMINGOS MENDES DA SILVA	Sexo: Masculino	FONTE: PESSOAL DEPARTAMENTO DE PESQUISA DEPARTAMENTO DE PESQUISA DEVAT
Profissão: PEDREIRO	CMS: 70000602275088	DOCUMENTO NÃO VERIFICADO
G. Instrução: Fundamental Incompleto	Documento: RG: 1413547	
Rnd. Local: -	E.Civil: Casado(a)	13/01/2017

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 618338	Data: 30/07/2017 20:00:23	Condução: MOTO
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)		Rua Coelho de Resende 485, 04247-000 Centro - Norte CEP: 64.042-470
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Hemorragia menor incontrolável	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCILISTICO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO TRAUMA EM MIE, JA MOBILIZADO COM SANGRAMENTO VISÍVEL, E LESÃO SAPOFANTE NA FACE.		Profissional Clas. Risco: GUILHERME DA COSTA SOUSA 419876 Em: 30/07/2017 20:12:13	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 20:20) Acidente motociliístico há +40 min. Conscient, orientado relato uso de bebida alcoólica. Nega perda de consciência, nsg. náuseas / vomitos, nsg. dor cervical. ACP profunda. Abdomen indolor. Escravas em face e membros. Sinal de rotura em MJE. Solvato Rx MJE + avaliação da osteopatia + sutura em face + alta da c-qual

PA: <input checked="" type="checkbox"/> Tensão: _____	P脉: _____	FC: _____	Condição Mental Clínica: _____
Diagnóstico Inicial: _____		CID: _____	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX MJE + aval. ortopedia + sutura em face + alta c-qual

*Ortopédia: Fratura exposta de joelho (E)
AO (C) Dr. José Norival Lima Júnior
Assessor: Camilo Soárez*

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Procedimento	CID
DATA: 1/1/2017	BORA: : :	

Assinatura Paciente ou Responsável

*Ana Paula Coutinho
Assinatura Profissional Médico
CRM-PB*





FMS
Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO		PRONTUÁRIO Nº: 429142
NOME DO PACIENTE: Domingos Mendes		CIRURGIA:
DIAGNÓSTICO:	Nº DA SALA:	DEPARTAMENTO DE SINISTRO: DPVAT
ANESTESIA:	CPF Nº:	CONTEUDO NÃO VERIFICADO
CIRURGÃO:	CPF Nº:	
AUXILIAR:	CPF Nº:	13 SET. 2011
ANESTESIA:	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 466 Loja 6 Centro - Norte CEP: 64.002-470

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 28X6 13x4,5	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 30	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML			PVP DE GERMANTE	ML		
ALGODÃO	BOLA			PVP TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	10		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	1/2	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Sutura</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>X</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>Circulante</i>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>S. Tomé</i>			
ALCOFIL				<i>Enfermaria</i>			
MONONYLON 4,0		01		<i>S. Tomé</i>			
FITA UMBILICAL				<i>Cirurgião</i>			
VICRYL				<i>Enfermaria</i>			
PROLENE				<i>Cirurgião</i>			

MOD - 094





FHT
Fussoff's Home
Theatre

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

**SAMU
192**



Dados do Chamado	01 N°. do chamado 4733 / 05	02 Data do chamado 30/07/17	03 PRO (código) 2704	04 Saída do PA 18:35	05 Chegada ao local 18:54	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 18:58	07 Chegada ao 1º hospital 19:16	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Avenida Josué Mouta Santos s/n	11 Bairro PB III	12 Município-UF Te/Pi	Código IBGE 0423400		
	13 Ponto de referência antigo posto fiscal					
	14 Nome Domingos Mendes da Silva	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Desconhecido				
	16 Idade 47	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Ano <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não	DPVAT <input checked="" type="checkbox"/> CONHECIMENTO VERIFICADO!	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espacamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Choque elétrico	11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros 13 Set. 2017	17-SEGURADORA S.A. Rod. Presidente Dutra KM 465 Lote C Rod. Presidente Dutra KM 465 Lote C	18- 19- 20- 21- 22- 23- 24- 25- 26- 27- 28- 29- 30- 31- 32- 33- 34-
Exame Físico	20-Modo de locomoção 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 4-Ignorado	21- 22- 23-Glasgow = ABERTURA OCULAR 0-Espontânea 1-A voz 2-A dor 3-Nenhuma	RESPONSA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPONSA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de reflexo 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24-Sinais Vitais Pulse _____ Resp. _____ PA. _____ TAX. _____ SatO2 _____	25-Local da lesão
Assistência	26-Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1-Iguais <input type="checkbox"/> 2-Desiguais	27-P脉so Radial <input checked="" type="checkbox"/> 1-Cheio <input type="checkbox"/> 2-Fino <input type="checkbox"/> 3-Ausente	28-Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não	29-Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0-Leve 1-Moderada 2-Intensa Sem Dor	30-Fratura <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Exposta <input type="checkbox"/> 3-Fechada <input type="checkbox"/> 4-Não <input type="checkbox"/> 5-Suspeito	
Hospital de Destino	31-Procedimentos realizados Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical KED	32-Hospital de Destino HUT	33-Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Naftenado	34-Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	35-Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) <i>Autônoma</i> Maca <i>Almofada</i> Saco <i>Colchão</i> Conforto em <i>ambiente</i>	Não Removido
Observações Interdisciplinar	colisão moto/moto- atropelado, consciente, fáscio, eupneico, passageiro, sem capacete e apresenta fratura de M1 e sangramento. OAS: paciente retirou por conta própria todo o material de imobilização.					
	Guilherme Costa Souza Responsável pela Recepção	Socorristas Médico AETE	Spécie	Enfermeiro Condutor	Positiva	

versão: 27.11.2011



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente: *Jovem de 20 anos de sexo M*

Diagnóstico pré-operatório: *Jejunum intussusceptum*

Operação - Tipo: *Jejunum intussusceptum*

Cirurgião: *JR CERSO* 1º Assinante: *Durval Tercio Nunes Leal*
CRM: 1995-PI / CRM: 3632-MM

2º Assinante: 3º Assinante: *Orthopedic - Traumatologista*
CRM: 1995-PI / CRM: 3632-MM

Instrumentador(s): Anestesista: Anestesia:

Anestésico(s):

Data da Operação: *13 SET 2017* Início: Fim:

Diagnóstico Pós-operatório: *Jejunum intussusceptum*

Jejunum intussusceptum +
Jejunum intussusceptum

DEPARTAMENTO DE SINATRO:
EQUIPAMENTO
MATERIAL
EQUIPO NÃO VERIFICADO

13 SET 2017

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

Kássio Júnior Pinheiros Coutinho
Matrícula: 69944
SATE-HUT
Confirme com Original

Relatório Imediato do Patologista:

Acidente Durante a Operação:

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Ressecção do Jejunum intussusceptum
intussusceptum (ISE) aberta via colo-
cesso anterior ao Jejunum
ressecção de fragmentos de Jejunum
a nível colo-jejunal, totais
remoção do conteúdo
extirpação de Jejunum intussusceptum*

Durval Tercio Nunes Leal
Ortopedico - Traumatologista
CRM: 1995-PI / CRM: 3632-MM

MOD. 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

FMS

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/08/2017

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO	
NOME DO PACIENTE: Domingos Mendes da Silva PRONTUÁRIO N°: 429.142	
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 06
CIRURGÃO:	CPF N°:
AUXILIAR:	CPF N°:
ANESTESIA:	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	CPF N°:

Domingos Mendes da Silva
Médico: Dr. J. L. P. S. Rios
Data: 15/05/1995
Assinatura: [Signature]
Série: XII-T
Cópia com engomar

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL DE CONSUMO				DISCRIMINAÇÃO			DISCRIMINAÇÃO		
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO				UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 2,4			UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 8,0			PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5			PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO			PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVP DE GERMANTE			ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVP TÓPICO			ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA			ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC			UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC			UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC			UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC			UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO			FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL			UNID.		
JELCO Nº	UNID.								
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA					
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				03 Atualizado	DEPARTAMENTO DE MATERIAIS	DPVAT	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	13 SET. 2018	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.									
CAT. GUT. CROMADO C/AG									
CAT. GUT. CROMADO S/AG									
ALCOFIL									
MONONYLON 2-0									
FITA UMBILICAL									
VICRYL 2-0									
PROLENE									
				ENFERMARIA:					
				CIRCULANTE:	Viamur				

MOD - 094





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Joaquim de Souza Neto</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fractura de Tíbita e Fíbula</i>		
Operação - Tipo <i>Ressecção + Jejum</i>		
Cirurgião <i>Dr. Roberto</i>	1º Assinante <i>Dr. Roberto</i>	2º Assinante
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(s)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Fractura de Tíbita e Fíbula</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação <i>N.D.</i>		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) <i>Ressecção de tecido ósseo + artrose cicatriz, fechado com sutura externa e interna, parafuso + fixos na articulação varonais superiores</i>		
<i>Durval Teixeira Nunes Leal Ortopedista Traumatologista CRM: 1595 - RJ - CR 3654</i>		

MOD. 76 - HUT





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

CODIGO AL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Tereses

NOSSO DO PACIENTE	FRONTEÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	FEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Domingos Mendes da Silva 429192		Ortopédica		235 Ext	229-222
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
31/07/17	# POI = 1ML - Fr exposta joelho (E) -		HORÁRIOS	08:11 Paciente admitido na clínica. Ortopédica em rai de sue em plataforma. E, e patela E, Sigue consciente, orientado, fala, guta 06 12 18 21 24 00	
1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO				06 12 18 21 24 00	
2 SF 0,9% 1000 ML EV 14 GTS/ MIN				06 12 18 21 24 00	
3 RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H				06 12 18 21 24 00	
4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H				06 12 18 21 24 00	
5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				06 12 18 21 24 00	
6 FILATIL 20 - 1 AMP + AD EV 12/12H				06 12 18 21 24 00	
7 CURATIVO				06 12 18 21 24 00	
8 CGCG + SSVV				06 12 18 21 24 00	
9 Tramadol 100mg 8h.d.c. Dr. Jofre (não é uma Unifor Universidade Federal do Piauí)	EV 12/12H			06 12 18 21 24 00	
<p>Medicamento prescrito para uso com supervisão médica. O paciente não deve usar sem supervisão médica.</p> <p>SENTE SE SUSPENSORIO A SA Rua Celso de Oliveira C.P. 61002-000 Canto Norte</p> <p>DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM AVANT ESTRUTURA NAO VERIFICADA</p> <p>II Jocélio F59</p> <p>DATA: 31/07/17</p> <p>06 12 18 21 24 00</p>					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

229

Fls. Nº

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02 / 08 / 17

NOME DO PACIENTE:	José Miguele Andrade Filho	PRONTUÁRIO Nº:	2129143
DIAGNÓSTICO:	4º Gravida de Náuseas	CIRURGIA:	Parto de parto
ANESTESIA:	Geral	Nº DA SALA:	09
CIRURGÃO:	Dr. Ricardo	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	José Miguele Andrade Filho	CPF Nº:	José Miguele Andrade Filho
INSTRUMENTADORA:	CRMPI 887 - CPF 138.542.403/08 elaine	CPF Nº:	CRMPI 887 - CPF 138.542.403/08

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.					02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	DEPARTAMENTO DE SURGI GENTEC NÃO VERIFICADA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				13 SET. 2017			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 355 Centro - Norte CEP: 64.002-470 Assinatura: Edilene Pinheiro Conde Confere com original			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2,0	02		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL							
VICRYL	2,0	03		CIRCULANTE: Lázaro			
PROLENE							





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Domingos Almeida da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Tumor de colo de útero		
Operação - Tipo	Fibromiose uterina		
Cirurgião	Ricardo	1º Assinante	
2º Assinante		3º Assinante	
Instrumentador(a)	Eduardo	Anestesia	Geral
Anestésico(a)			DEPARTAMENTO DE BIRISTRO EPVAT
Data da Operação	02-08-17	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	13 set. 2017		
Relatório Imediato do Patologista	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 455 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470		
Acidente Durante a Operação	relato correto oper. malha de ferro não		
DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
liver 15x17 cm aderido ao fundo do útero adipose + fígado fundo peritoneal + fígado fígado + fígado + fígado			
MOD. 76 - HUT			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02 / 08 / 12

NOME DO PACIENTE:	Domingos Mendes da Silveira	PRONTUÁRIO N°:	
DIAGNÓSTICO:	JOLAS / Placenta Previa	CIRURGIA:	Interv. de ventilação
ANESTESIA:	general	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Dr. André	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESIA:	José Miguel de Andrade MAC CRM-PI-087, CPF: 138.542.408-00	CPF N°:	José Miguel de Andrade MAC CRM-PI-087, CPF: 138.542.408-00
INSTRUMENTADORA:	eloumendane	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA N° 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 8,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVP DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVP TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	0	
JELCO N°	UNID.			esparso		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTO DE SURGI			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				SAVAT			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				CONTENDO NÃO VERIFICADO			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				1,5 E 1,20			
ALCOFIL				GENESEGURADORAS A.S.A.			
MONONYLON				Rua do Rio de Janeiro, 455 Local C Centro - Norte - FEP: 64.002470			
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Rayol			
PROLENE							





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		
Donizete Mendes da Silva		
Diagnóstico pré-operatório		
Operação - Tipo		
Cirurgião	Secundo	1º Assistente
2º Assistente	Dr. Alvaro Oliveira Cidade: Salvador UF: BA	3º Assistente
Instrumentador(a)	- Anestesista	Anestesia
eliane	jose marques	epid
Anestésico(a)		
Data da Operação	02.08.12	Inicio
Diagnóstico Pós-operatório	<p style="text-align: right;">DEPARTAMENTO DE BIMESTRE DEVAF CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 SET. 2017</p>	
Relatório Imediato do Patologista	<p style="text-align: right;">GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.000-2410</p>	
Acidente Durante a Operação	<p style="text-align: right;">Kássia Juracy Pinheiro Chaves Marcus 69564 SAMU-HUT Confere com Original</p>	
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<p style="text-align: center;">Aberto dia 10/08/12 contorno de dobra OGRO presel + Pedras rodas cor. placa negra freio de estacionamento brinde + mola</p>		

MOD. 76 - HUT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Octavio Gito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4672
TERESINA-PI CEP: 64010-170 CNPJ: 06.522.817/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS MENDES DA SILVA** (Prontuário: 429142)
Endereço: RUA MONTE SANTO N2890 - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/02/1970 Idade: 47a:6m:4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 195227
Requisição: 762751 Solicitação: 31/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Consulta: 948096 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMAG 229 LEIRO 222

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 31/07/2017

T.C. DE JOELHO ESQUERDO

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO JOELHO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMINUTIVA EM PATELA.
- FRATURA COMINUTIVA EM PLATÔS TIBIAIS.
- AUMENTO DE PARTES MOLES.

08/08/2017

TERESINA - PI 01/08/2017



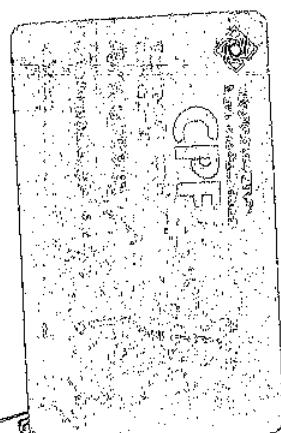
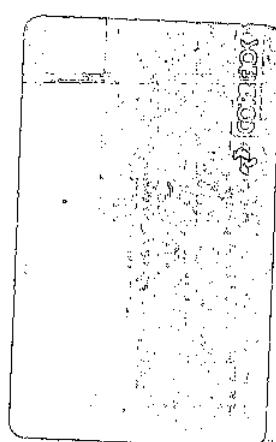
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 899.717.733-04 CRM: 3396 PI

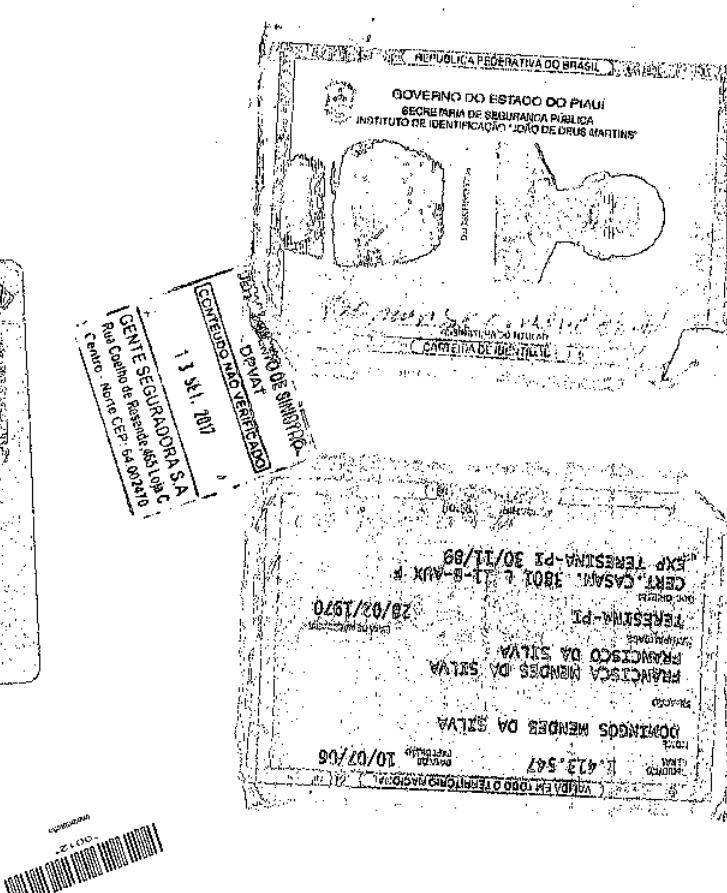
E-mail: leonardoafonso.nogueira@hut.pi.gov.br

Alvare Joaquim Pinheiro Cavalcante
Maringá, 69004
SAMU-HUT
Confirme com Original





GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Getúlio de Resende, 650
Centro - Norte CEP: 64.002-010



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:09:35
<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112014093514200000012548404>
Número do documento: 20112014093514200000012548404

Num. 13267370 - Pág. 31





DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DIPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

13 SET. 2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:09:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011201409351420000012548404>
Número do documento: 2011201409351420000012548404

Num. 13267370 - Pág. 33

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170501700 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO
-FRATURA COMINUTIVA DA PATELA ESQUERDO
-FRATURA COMINUTIVA EM PLATO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO E EM Perna ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total		18,75 %	R\$ 2.531,25	

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rascunhos)

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 SET. 2017

SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64002470

OUTORGANTE:

Nome: Domingos Mendes Da Silva

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil:

Identidade: 3.413.547

CPF: 497 926.793-91

Profissão: Recuperador

Endereço: Rua Mont. Santo Por m vende n° 2390 - STA maria Da Cedipri

CEP: 64012-250

Telefone: (66) 3303-4104

OUTORGADO:

Nome: Francisca Almeida Fernandes do Nascimento

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 2.731.866

CPF: 040.853.583-08

Profissão: Recuperador

Endereço: Rua Regeneração n° 571 B - Telhetas

CEP: 64000-000

Telefone: (66) 3303-4104 9534-6565

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidas para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Domingos Mendes Da Silva

Teresina - PI 23/08/2017

Local e data

Domingos Mendes da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CARTÓRIO E NOTARIA
TITULAR - MARIA ANGELA MARTINS ARRUDA DE ANDRADE GDO
RUA 7 DE SETEMBRO, 390 - CHAVON NORTE - CEP 64000-210 - FONE 66 3474-1471
FAX: (66) 3474-5131 - 3221 6765 - E-mail: mariaangelaarruda@terra.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DOMINGOS MENDES DA SILVA - DOU - FE. EM TERESA - DA VERDADE.
TERESINA - PI, 23/08/2017. Enviado para o sistema em 25 Total: 4,57
Selo: 6AU.40058 (7201722)

ALDRONA ALVES DE LIMA VERA ESCRIVENTE CONFISSADA
21/03/2017 09:00:00



Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe system.

The title bar shows multiple tabs including "Email - Alana L.", "Controle de do...", "Mensagens", "Audiências", "Consulta processo", "0802970-66.20", "Baixar o arquivo", "(34) WhatsApp", and others.

The main content area displays a document titled "13266032 - CONTESTAÇÃO (2766137 CONTESTACAO 01)" dated "20 Nov 2020".

The left sidebar lists several attachments:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 13266029 - CONTESTAÇÃO (2766137 CONTESTACAO 01)
- 13267370 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 13267371 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 13267372 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
- 13267376 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The right panel shows a preview of the document "downloadBinario.seam" page 1 / 10, titled "2766137-C3/ 2020-04235/ INVALIDEZ". It features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI".

The bottom status bar shows icons for Windows, network, battery, and date/time (20/11/2020).