



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	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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

Vítima: 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 início 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

Pag. 01199/01200 - carta_01



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00109/00110 - carta_02



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00173/00174 - carta_02

00080087



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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00667/00668 - carta_15R





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELO BENEFICIÁRIO

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 Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.413.547 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 10/07/06 E
CPF 09490698391 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Recusar-se
E RENDA MENSAL DE R\$ Reclamar (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Domingos Mendes Da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Previdência Social Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou Empresa Individual;
- 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como titular ou co-titular);
- 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/scanner 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0004 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 82547-6

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

Teresina 12 de Setembro de 2017 Domingos Mendes Da Silva
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 acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-11 221204.





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.007470



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

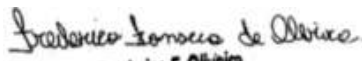
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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 COMINUTIVA DA PATELA ESQUERDO
-FRATURA COMINUTIVA 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?
(☒) 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?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE 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 susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO COM DOR EM JOELHO E EM PERNA ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO 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 | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (<input checked="" type="checkbox"/>) 75% intensa () 100% completo | () 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 íntegra do patrimônio físico - assinalar 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.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Frederico F. Oliveira
Cardiologia/Clin. Médica
CRM - PI 5908





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

523 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003603/2017-88

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Rasp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 23/08/2017 - 09:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOSUE DE MOURA SANTOS, Nº

Complemento

30/07/2017

Data/Hora

30/07/2017 - 17:50

Bairro

PARQUE BRASIL

Ponto de Referência

ANTIGO POSTO FISCAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DOMINGOS MENDES DA SILVA

RG: 1413547SSPP

Mãe: FRANCISCA MENDES DA SILVA

Pai: FRANCISCO DA SILVA

Endereço: RUA MONTE SANTO, Nº 2890

Complemento: SANTA MARIA DA CODIPI

Bairro: MONTE VERDE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9510-5189

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

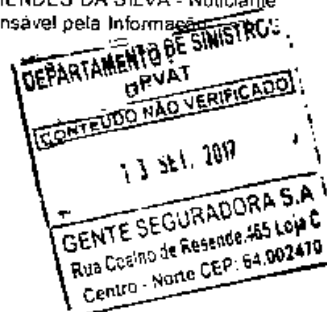
RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. JOSUÉ MOURA SANTOS, CONDUZINDO A MOTO HONDA/CG 125 FANKS, COR PRETA, ANO 2014/15, PLACA PIC-7371, RENAVAM 01037399529 DE PROPRIEDADE DE NAIANE LIMA DA SILVA RG 2.779.040 SSP-PI, CPF 046.138.093-56 E NAS PROXIMIDADES DO ANTIGO POSTO FISCAL O CONDUTOR DE UMA MOTO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, INVADIU A VIA PROVOCANDO A COLISÃO ENTRE OS VEÍCULOS, FICANDO O INFORMANTE LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO 429142 DO HUT, PARA ONDE A VÍTIMA FOI LEVADA, APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE. É O REGISTRO.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa
AGENTE DE POLÍCIA

DOMINGOS MENDES DA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Boletim de Ocorrência emitido em: 23/08/2017 09:27 - SisBO@2011-2017 AT

Página 1 de 1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de Identificação

Eu, Domingos Mendes da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.413.547 e inscrito no CPF/ME, 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

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

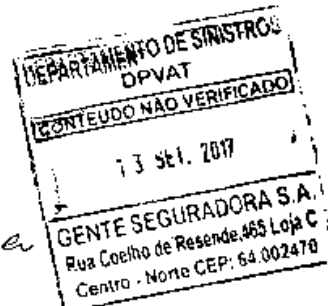
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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



Terresina - PI 32/09/2017

Local e data





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 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome				
Tipo de Ocorrência	16 Idade				
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vítima				
Exame Físico	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Assistência	23 Glasgow =				
	24 Sinais Vitais				
Hospital de Destino	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Observações Interdisciplinar	27 Pulso				
	28 Sangramento				
29 Dor					
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
35 Observações Interdisciplinar					
36 Responsável pela recepção					
37 Socorristas					
38 Enfermeira					
39 Condutor					

Versão: 27.11.2011



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

Num. 13267370 - Pág. 10

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



-0015-

Eu, Domingos Mendes da SilvaRG 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 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Monte Santo</u>
Número	<u>nº 2490</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>STA Maria Do Cedipi</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64012-250</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	

13 SET 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Teresina - PI 12/09/2017Assinatura do Declarante: Domingos Mendes da Silva



Em caso de dúvida em algum lançamento em seu extrato mensal, ligue para nossa Central de Atendimento.

ATENDIMENTO

4020-1234 0800-707-1234 0800-591-2015
Impedidos e Capitais Demais Localidades Ouvidoria

Atendimento 24 horas

MELHORES DIAS PARA COMPRA
28 A 05

LIMITE DE CRÉDITO

PARCELADO - R\$ 1.815,00
ROTATIVO - R\$ 1.210,00

* Cálculo baseado e
composto de acordo com a Tabela
de Juros de 50%
LSE (Língua Estrangeira) e de uso
exclusivo para o sistema
PARCELADO

ENCARGOS

NO PERÍODO
951 a.m.

DIÁRIOS PARA O PRÓXIMO
PERÍODO
1031 a.m.

Associado	Número do Cartão	Vencimento			
FRANCISCA ALANE FERNANDES DO	6031 36** *** 0140	10.09.2017			
Saldo Anterior	Créditos	Saldo restante	Débitos	Saldo Atual	Pagto Mínimo
407,49	407,49 =	0,00 +	845,94 =	R\$ 645,94	575,00

OBRIGADO PELO PAGAMENTO DE R\$ 407,49

Página 1 de 1

DEMONSTRATIVO DE LANÇAMENTOS

	Saldo Anterior				
01 - FRANCISCA NASCIMENTO					
0140 20.04.2017	Itape - 16	Parcela 05/10		37,09	
0140 10.05.2017	Loja Top Charm	Parcela 06/04		42,50	
0140 29.05.2017	Glicia	Parcela 03/08		120,00	
0140 15.06.2017	Itape - 20	Parcela 03/03		66,00	
0140 01.07.2017	Comercial Carvalho 32	Parcela 02/02		38,85	
0140 07.07.2017	A. Norista Confecções	Parcela 02/02		24,95	
0140 28.07.2017	Engesol - Centro	Parcela 01/05		53,11	
0140 05.08.2017	Comercial Carvalho 31			53,47	
0140 05.08.2017	Casa Freitas			19,99	
0140 07.08.2017	Luar Magazine 165	Parcela 01/02		36,45	
0140 10.08.2017	Pagamento		407,49		
0140 10.08.2017	Farmácia do Trabalhador da Brasil-54			13,90	
0140 14.08.2017	Bordados 8 Cia	Parcela 01/02		52,50	
0140 17.08.2017	415-Farmácia Pagua Menos	Parcela 01/03		47,60	
0140 26.08.2017	Comercial Carvalho 14	Parcela 01/03			
	TOTAL R\$				

Composição dos Encargos: Custos do financiamento/garantia/administração financeira: 9,91% a.m.

DEPARTAMENTO DE CONTAS
HPVAT
CONTÉUDOS NÃO VERIFICADOS
13 SET. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 663 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002470

Santander	033-7	FICHA DE CAIXA	RECIBO DO CLIENTE
Nº CARTÃO ASSOCIADO	6031 36** **** 0140	Nº CARTÃO ASSOCIADO	6031 36** **** 0140
Nº	FRANCISCA ALANE FERNANDES	Nº	FRANCISCA ALANE FERNANDES
VENCIMENTO	10.09.2017	VENCIMENTO	10.09.2017
SALDO ATUAL	645,94	SALDO ATUAL	645,94
PAGAMENTO MÍNIMO	575,00	PAGAMENTO MÍNIMO	575,00
VALOR PAGO R\$		VALOR PAGO R\$	
Autorização Médica no Vício		Autorização Médica no Vício	

Santander	033-7	03399.19961 34736.316117 67278.701023 1 00000000000000
------------------	--------------	---

PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU LOJAS DO PARAIBA MESMO APÓS O VENCIMENTO	VENCIMENTO
CREDI-SHOP S/A - Administradora de Cartões de Crédito	10.09.2017
12.09.2017	10.09.2017
6031 36** **** 0140	10.09.2017
102	10.09.2017
645,94	10.09.2017

1. PAGAMENTO MÍNIMO DE R\$ 575,00
2. OS ENCARGOS DECORRENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLuíDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL
3. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.

FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO
R REGENERACAO, 571 - PONTO REF: PROX AO RD POTY HOTEL
ILHOTAS
64014-047 TERESINA-PN

Autenticação Mecânica





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 Francisca Alow 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

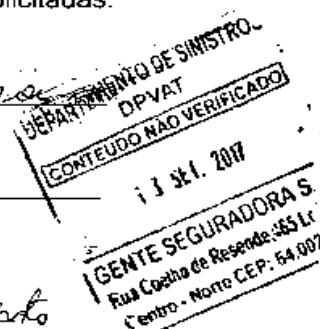
da vítima Domingos Mendes da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou-se Renda Mensal: R\$ Recusou-se

Documentos comprobatórios: Recusou-se

Francisca Alow Fernandes do Nascimento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

අනුකූලතාවය

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

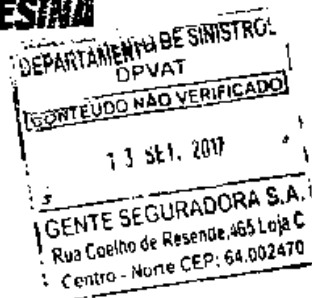
TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TUIAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO
RUA DE SETEMBRO, 300 - CENTRO NORO - CEP: 61001-210 - TERESINA, PI
(066) 3088.1921-3845-3771-6128 - Email: cartorio6@uol.com.br

RECEBIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMAS DE: NATHA LINA DA SILVA
DOU FE. EM TEST. 10/05/2017. VIA VERDADE. DIF. 9015-PL. 23/08/2017.
Empl. 13,60 Total: 72,72 Saldo: 59,12 Total: 1,50 Saldo: 57,62 (23/05/22)
ALDENORA ALVES DE OLIVEIRA EADREENTE CONFIRMASSA
21/08/2017 14:23:08 017





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

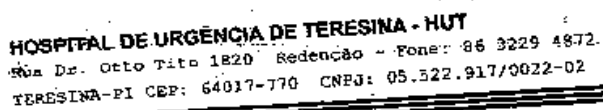


NOME DO PACIENTE: Dominiano Mendes da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 429.192

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*.





Отгорелі

FROM: GILBERT
SUBJECT: ACCESSION

DADOS DO PACIENTE:

BOLETIM DE ENTRADA - BE		Prontuário: 429142	
DADOS DO PACIENTE:			
Nome: DOMINGOS MENDES DA SILVA		Pai: FRANCISCO DA SILVA	
Mãe: FRANCISCA MENDES DA SILVA			
End. Resid.: RUA MONTE SANTO Nº2990 - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 28/02/1970	Idade: 47a:5m:2d	Sexo: Masculino	Forma de Entrada: REGISTRO DEPARTAMENTAL DE VAI
Responsável: DOMINGOS MENDES DA SILVA		CMS: 700006602275098	33454000 NÃO VERIFICADO 3 SET. 2017
Profissão: PEDREIRO	Documento: RG: 1413547 -	E. Civil: Casado(a)	
G. Instrução: Fundamental Incompleto			
End. Local: - - -			
AGENTE SEGURADORA S.A. Cachoeira de Resende 445 Loja C FONE: 64.012470			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:		Condição: <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito		Rua Coelhos, 100 - Centro - Norte CEP: 84.000-000	
Código: 618338	Data: 30/07/2017 20:00:23			Convênio: 503	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOCICLISTA)				CID Secundário: V299	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não			

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Acid. Trab.: Não		OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:		Destino:		Classificação:	
Sinal/Sintoma:		Evento Principal:		CIRURGIÃO GERAL		Amarelo	
QUEDAS		Hemorragia menor incontrolável				Profissional Clas. Risco:	
Breve História:						8 GUILHERME DA COSTA SOUSA 419876 Em: 30/07/2017 20:12:13	
PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA, APRESENTANDO TRAUMA EM MIE, JA HOSPIALIZADO COM SANGRAMENTO VISIVEL E LESAO SANGRANTE EM FACE.				motociclistico há ± 40 min.			

DADOS CLÍNICOS:

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 20:20) Acidente motociclístico há ± 40 min. Consequentemente, uso de cinto de segurança. Mergulho de consciência, náuseas/vômitos, miga da cervical. ACP fisiológica. Abdomen indolor. Escoradas em per e membros. Sinal de frotura em MJE. Solicito Rx MJE + avaliações de ortopedia + UTI em per e alta da C. qual

PA _____ x _____	Pulso: _____	FC: _____	hem Pressão Arterial Temperatura Sinais vitais Contato com Original	CIP: _____ _____
Diagnóstico Inicial: _____				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

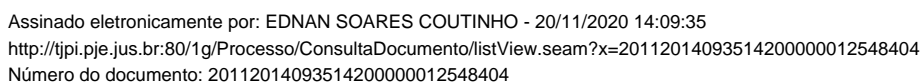
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:
Rx MTE + aval. ortopedia + sutura em pie + alto. a qual
Ortopedia: Fratura exposta de fêmur (F)
A.O. C.C.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Internista, Indique o procedimento	
DATA:	HORA:	Procedimento	CID
17/01/2006	10:00	1008	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Médica
CRM-PF 8000





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30/07/17

NOME DO PACIENTE: Domingos Mendes	PRONTUÁRIO Nº: 429142
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

DEPARTAMENTO DE SINISTRO:
DPVAT

CORTEJO NÃO VERIFICADO

13 SET. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 2
Centro - Norte CEP: 64.002470

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8 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			PVPI DE GERMANTE	ML		
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI 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				Sutura + Anestésico			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 4.0		01		ENFERMARIA: S. Tavares			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: [assinatura]			
VICRYL							
PROLENE							

www.fundamunicipal.org.br
Município de Teresina
SAME - HUY
Contato com Saúde

MOD - 094





FHT
Fundação Hospitalar
de Curitiba

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE



Nº DO CHAMADO 4708	DATA 30/07/12	PRO 2912	SAÍDA PA 18:26	CHEGADA LOCAL 18:40	SAÍDA LOCAL 18:52	CHEGADA PA
NOME DO PACIENTE ANDRÉO FRANCISCO GOMES SILVA				SEXO X M (F)	IDADE 39 ANOS	

ESTADO GERAL	ALGIAS	NEUROLÓGICO	RESPIRATÓRIO	INT. CUTÂNEA	NUTRIÇÃO	URINÁRIO
() Hidratado (X) Desidratado () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianose () Edema	(X) Cefálica () Torácica () Abdominal () Pélvica () Lombar () Membro:	PUPILAS () Não Reativa () Isocoria () Anisocoria () Mídrise DEFICIT MOTOR () Paresia () Parestesia () Plegia Glasgow:	(X) Eupnéico () Dispneico () Ortopneico () Taquipneico () Bradipneico USO DE O2 (X) Ar Ambiente () Máscara () Cateter () VM	() Pele íntegra (X) Feridas () Fraturas ABDOMINE (X) Flácido () Tenso () Escavado () Globoso () Distendido	() Zero (X) VO () Gastrostomia () SNE () SNG () Parenteral ACEITAÇÃO (X) Boa () Parcial () Não Aceita	Diurese: (X) Espontânea () Cistostomia () SVD Aspecto: (X) Normal () Concentrado () Colúrica () Hematuria () Piúria

ENÇAS PRÉ-EXISTENTES:

INDICAÇÕES EM USO:

Pulso	97	Ringer		Sangue	
Respiração	20	SF	500ML	Diurese	
PA	160x100	SG		Vômito	
TAX		Sedação		Evacuação	() +
Sat O2	98	DVA			() ++
Glicemia	112	Outros			() +++

() Débito cardíaco diminuído	(X) Dor aguda	<p><i>paciente transferido do H. Atalita PI HIT Com TCR condição de saúde estável, sem sinais de infecção, com Hb em MSE, hematócrito normal.</i></p>
() Desobstrução de vias aéreas ineficaz	() Confusão aguda	
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de aspiração	
() Mobilidade física prejudicada	() Risco de choque	
() Padrão respiratório ineficaz	() Envenenamento	
() Risco de Glicemia instável	() Risco de infecção	
() Perfusão tissular cardíaca diminuída	() Risco de trauma	
() Perfusão tissular cerebral ineficaz	() Risco de hipotermia	
() Avaliar/Monitorar nível de consciência/ nível de sedação		
() Manter a cabeça do leito elevado em _____ graus		
(X) Verificar/monitorar e anotar SSVV		
() Verificar glicemia capilar		
() Aspirar vias aéreas S/N		
() Administrar/controlar oxigênio		
(X) Assegurar e testar a permeabilidade dos acessos venosos		
() Realizar curativo compressivo		
() Realizar sondagem nasogástrica		
() Realizar Lavagem gástrica conforme orientação médica		
() Realizar imobilização padrão		
(X) Administrar medicamento conforme prescrição médica		
() Realizar/auxiliar RCP		
() Realizar contensão conforme prescrição médica		
() Realizar medidas preventivas contra hipotermia		
Outros:		

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
PVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 SET. 2012

CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 455 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Assinatura Prática
Márcia Maria
SAMU-192
Contato com Original

ENFERMEIRO: *[Assinatura]*
COREN-PI: *12.1191*



Estado do Piauí Prefeitura Municipal de Teresina <small>Fundação Hospitalar de Teresina - FHT</small>		REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU		SAMU 192	
Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	13 Carga IBGE			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica	18 Tipo de ocorrência			
Tipo de Ocorrência	19 Tipo de ocorrência				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Sinais vitais				
Exame Físico	23 Glasgow				
	24 Sinais vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Dor				
Hospital de Destino	27 Pulso				
	28 Sinais vitais				
Observações Interdisciplinar	29 Fratura				
	30 Procedimentos realizados				
31 Hospital de Destino					
32 Condições de entrada					
33 Observações Interdisciplinar					
34 Observações Interdisciplinar					
35 Observações Interdisciplinar					
36 Observações Interdisciplinar					
37 Observações Interdisciplinar					
38 Observações Interdisciplinar					
39 Observações Interdisciplinar					
40 Observações Interdisciplinar					
41 Observações Interdisciplinar					
42 Observações Interdisciplinar					
43 Observações Interdisciplinar					
44 Observações Interdisciplinar					
45 Observações Interdisciplinar					
46 Observações Interdisciplinar					
47 Observações Interdisciplinar					
48 Observações Interdisciplinar					
49 Observações Interdisciplinar					
50 Observações Interdisciplinar					
51 Observações Interdisciplinar					
52 Observações Interdisciplinar					
53 Observações Interdisciplinar					
54 Observações Interdisciplinar					
55 Observações Interdisciplinar					
56 Observações Interdisciplinar					
57 Observações Interdisciplinar					
58 Observações Interdisciplinar					
59 Observações Interdisciplinar					
60 Observações Interdisciplinar					
61 Observações Interdisciplinar					
62 Observações Interdisciplinar					
63 Observações Interdisciplinar					
64 Observações Interdisciplinar					
65 Observações Interdisciplinar					
66 Observações Interdisciplinar					
67 Observações Interdisciplinar					
68 Observações Interdisciplinar					
69 Observações Interdisciplinar					
70 Observações Interdisciplinar					
71 Observações Interdisciplinar					
72 Observações Interdisciplinar					
73 Observações Interdisciplinar					
74 Observações Interdisciplinar					
75 Observações Interdisciplinar					
76 Observações Interdisciplinar					
77 Observações Interdisciplinar					
78 Observações Interdisciplinar					
79 Observações Interdisciplinar					
80 Observações Interdisciplinar					
81 Observações Interdisciplinar					
82 Observações Interdisciplinar					
83 Observações Interdisciplinar					
84 Observações Interdisciplinar					
85 Observações Interdisciplinar					
86 Observações Interdisciplinar					
87 Observações Interdisciplinar					
88 Observações Interdisciplinar					
89 Observações Interdisciplinar					
90 Observações Interdisciplinar					
91 Observações Interdisciplinar					
92 Observações Interdisciplinar					
93 Observações Interdisciplinar					
94 Observações Interdisciplinar					
95 Observações Interdisciplinar					
96 Observações Interdisciplinar					
97 Observações Interdisciplinar					
98 Observações Interdisciplinar					
99 Observações Interdisciplinar					
100 Observações Interdisciplinar					

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: <u>JOSEVALDO SOARES COUTINHO</u>		
Diagnóstico pré-operatório: <u>FRATURA DE TIBIA E FIBULA</u>		
Operação - Tipo: <u>FIXAÇÃO</u>		
Cirurgião: <u>DR. CARLOS</u>	1º Assinante: <u>Dr. Durval Tercio Nunes Leal</u>	Ortopedia - Traumatologia
2º Assinante:	3º Assinante:	CRM: 1995-P1/CRM: 3806-MA
Instrumentador(s):	Anestesiista:	Anestesia:
Anestésico(s):		
Data da Operação:	Início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório: <u>FRATURA DE TIBIA E FIBULA</u>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Acidente Durante a Operação: <u>SEM</u>		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPMAT
RECEBIDO NA VERIFICAÇÃO
13 SET. 2017

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Kaio Jorge Figueiredo Coutinho
Matrícula: 6994
SABE-HUT
Confira sem Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizado sob anestesia geral, com paciente em posição supina, com a cabeça elevada. Realizada a inspeção visual e palpação da região operatória, constatando-se a presença de fratura de tibia e fíbula. Realizada a lavagem da ferida com solução fisiológica. Realizada a redução da fratura com auxílio de tração manual e fixada com placa e parafusos. Realizada a lavagem da ferida e fechamento com pontos de sutura.

Durval Tercio Nunes Leal
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 1995-P1/CRM: 3806-MA

MOD. 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:09:35

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112014093514200000012548404>

Número do documento: 20112014093514200000012548404



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/08/2017

NOME DO PACIENTE: <u>Domingos Mendes da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>429142</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Uterina</u>	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Local</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. João Nunes Leal</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. João Nunes Leal</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Rodriguez</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Onaça Rios</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	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		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI 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	
CASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				03 Atividade			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2-0				CIRCULANTE: <u>Viana</u>			
PROLENE							

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 <u>José Carlos de Sousa A. Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>fratura do TARSAL TIBIAL</u>		
Operação - Tipo <u>fixação + redução</u>		
Cirurgião <u>Dr. Renato</u>	1º Assinante <u>Dr. Celso</u>	
2º Assinante	3º Assinante	
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>fratura do TARSAL TIBIAL</u>		DEPARTAMENTO DE SINISTRO DEPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 Set. 2017 GENE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lopo C Centro - Norte CEP: 64.032-470
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação <u>ND</u>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Redução da fratura tibia + artroscopia
+ artroscopia de fratura tibia
antes, acesso ao TARSAL
tibial e lateral, redução
+ fixação A. QUARTO
LIGAMENTOS SEPTOS QUARTO

Durval Terno Nunes Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1995-PR/2014-2024

MOD. 76 - HUT





COSTAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Texas

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Domingos Mendes da Silva		499172	Ortopédica		238 / Cxt	229-222
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES			
30/07/17	# POI = LML - Ex exposta joelho	(E)	05:11 Paciente admitido na clínica Ortopédica em sala de suíte em plano tibial F, e patela F. Segue consciente, orientado, fômites, eupneico, normotensor sem queixas clínicas ou patologias do membro inferior.			
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO					
2	SF 0,9% 1000 ML EV 14 GTS/ MIN					
3	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 8/8H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20 - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	CURATIVO					
8	CCGG + SSVV					
9	Transfusão de sangue EV 1 amp					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº

222

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/08/17

NOME DO PACIENTE: <u>Domingos Mendes da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>429143</u>
DIAGNÓSTICO: <u> hérnia de umbigo</u>	CIRURGIA: <u> hérnia de umbigo</u>
ANESTESIA: <u>geral</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Ricardo</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>José Miguel de Andrade Filho</u>	CPF Nº: <u>José Miguel de Andrade Filho</u>
INSTRUMENTADORA: <u>claudion</u>	CPF Nº: <u>CRMEP 1887 - CPF 138.542.40368</u>

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- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.					02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2.0		03		CIRCULANTE: <u>laizum</u>			
PROLENE							



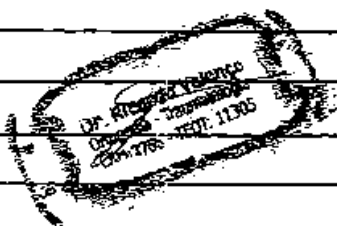


centro cirúrgico

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
BPMAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 SET. 2017
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Cont BSM full over
outpro. Solo layer
developed + large @
also present w/ fossils.
- fossiliferous sandstone
into + west



MOD. 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N°

Proc. N°

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/08/10

NOME DO PACIENTE: <u>Domínguez, Mercedes del Soc</u>	PRONTUÁRIO N°:
DIAGNÓSTICO: <u>Gravidez de 36 semanas</u>	CIRURGIA: <u>Parto de emergência</u>
ANESTESIA: <u>espinal</u>	N° DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Brando</u>	CPF N°:
AUXILIAR:	CPF N°:
ANESTESIA: <u>Jose Miguel de Andrade Pina</u> CRM: 1087, CFE: 138.542.408/02	CPF N°: <u>Jose Miguel de Andrade Pina</u> CRM: 1087, CFE: 138.542.408/02
INSTRUMENTADORA: <u>Elouandiane</u>	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	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	20	
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- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		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.					02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Laqui</u>			
PROLENE							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:09:35

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112014093514200000012548404

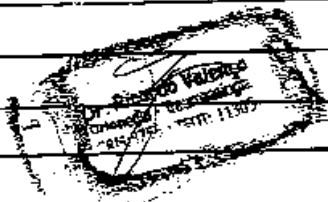
Número do documento: 20112014093514200000012548404

Num. 13267370 - Pág. 28



Nome do Paciente <u>Domingos Mendes da Silva</u>			
Diagnóstico pré-operatório <u>Fôrm. do Pulc. E.</u>			
Operação - Tipo <u>Intestino Uter</u>			
Cirurgião <u>Ricardo</u>		1º Assinante	
2º Assinante		3º Assinante	
Instrumentador(a) <u>Elouidiante</u>	Anestesiista <u>por mural</u>	Anestesia <u>geral</u>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <u>02.08.12</u>	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-10deg);"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAF CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 13 SET. 2017 </div>	
Relatório Imediato do Patologista		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-10deg);"> GENTE SEGURODORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 </div>	
Acidente Durante a Operação			

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

[illegible]

MOD. 76 - HUT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Otto 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4672
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.522.917/0002-02

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
Controle: 948096 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 119 LEITO 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.

01/08/2017

TERESINA - PI 01/08/2017



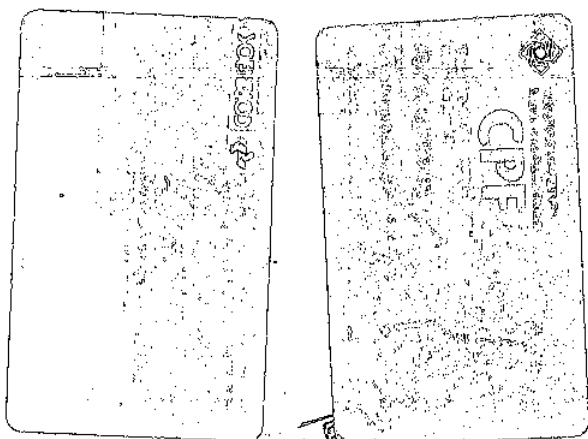
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.753-04 CRM 3556 PI

EXAME DE RADIOLOGIA

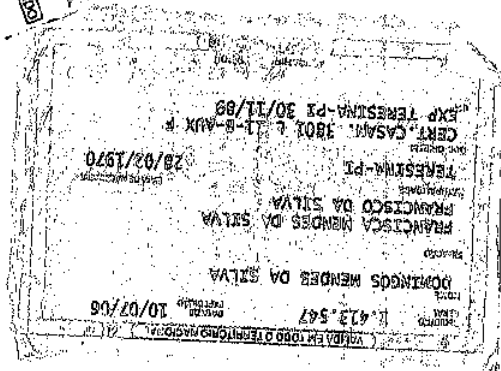
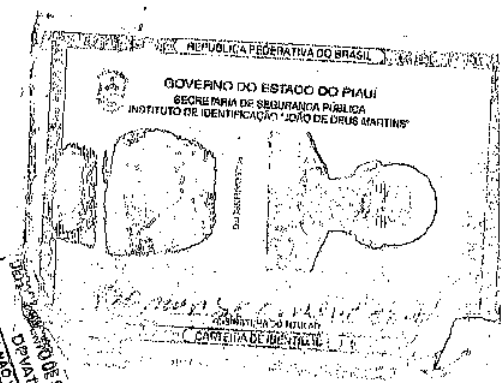
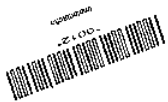
Ednan Soares Pinheiro Cavalcante
Matrícula: 69904
SINTE-HUT
Confere com Original





INSTITUTO DE REGISTRO
IBR
PRVAT
CENTRO NUNO VEREADOR
11.31.100
CENTE SEGURADORA S.A
Rua Celso de Figueiredo, 455, 10º andar
Centro, Norte CEP: 64.002-670

CENTRO NUNO VEREADOR
PRVAT
11.31.100
CENTE SEGURADORA S.A
Rua Celso de Figueiredo, 455, 10º andar
Centro, Norte CEP: 64.002-670



0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Francisca Alane Fernandes do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira de IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 SET. 2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.731.866	DATA DE EXPIRAÇÃO	28/07/05
----------------	-----------	-------------------	----------

NOME
FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO
RAIMUNDA FERNANDES DO NASCIMENTO
RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
TERESINA-PI	22/09/1990

DIGITO DA CEM
CERT. NASC. 185384 L. 214 F. 423
EXP. TERESINA-PI-26/11/90

FEDERAÇÃO DE POLÍCIA
PATRÃO CIVIL

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





DEPARTAMENTO DE MINISTROS
CPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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 rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Domingos Mendes Da Silva

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: _____

Identidade: 3.413.547

CPF: 497.926.793-91

Profissão: Recusou-se

Endereço: Rua Monte Samba Povoado Verde nº 2890 - ST Maria da

CEP: 64012-250

Telefone: (86) 3303-4104



OUTORGADO:

Nome: Francisca Alame Fernandes do Nascimento

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 2.731.866

CPF: 040.853.583-08

Profissão: Recusou-se

Endereço: Rua Regeneração nº 571 B - Telhelas

CEP: 64000-000

Telefone: (86) 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 as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos 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



Teresima - PI 23/08/2017

Local e data

x/ Domingos Mendes Da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CARTEIRO Bº OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA ANTELA MARIAS ARRUDA DE ARAÚJO
RUA 7 DE SETEMBRO, S/N - CENTRO-NORTE - CEP: 64001-210 - FLS: 14-11
FONE: (86) 3303-4104 - 3303-6565 - E-MAIL: cartorio33@teresianapi.gov.br
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DOMINGOS MENDES DA SILVA. DOI. FE. EM: 23/08/2017. Emissão: 23/08/2017. Total: 4,57
Selo: AAU.40058 (F21022)
ALBINO ALVES DE OLIVEIRA ESCRITÓRIO DE NOTAS
21/083/4123662017



Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de do..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0802970-66.20..., Baixar o arquiv..., (34) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=181641&ca=d885954e273245b080193051c70c50...

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

Header: **PJe** ProceComCiv 0802970-66.2019.8.18.0140 DOMINGOS MENDES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

Page Title: 13266032 - CONTESTAÇÃO (2766137 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/11/2020 14:09:35

Left sidebar (20 Nov 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13266029 - CONTESTAÇÃO
 - 13266032 - CONTESTAÇÃO (2766137 CONTESTACAO 01)
 - 13267370 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13267371 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13267372 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
 - 13267376 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area (downloadBinario.seam):

2766137- C3/ 2020-04235/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Footer: PT, 14:09, 20/11/2020