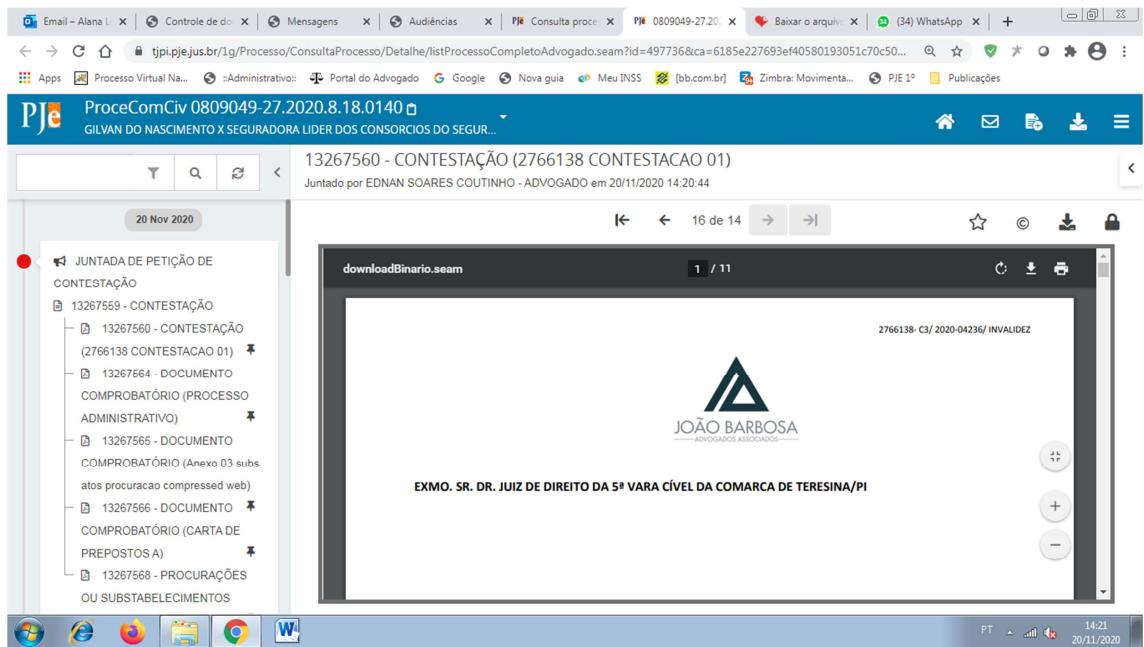


Screenshot of a web browser showing a legal document on the PJe (Portal do Advogado) platform. The document is a contestation (Contestação) for case number 13267560, dated 20 Nov 2020. The document is titled "downloadBinario.seam" and is page 1 of 11. It is addressed to the "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". The document is from the law firm "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The browser interface shows various tabs and a sidebar with a list of documents.



13267560 - CONTESTAÇÃO (2766138 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/11/2020 14:20:44

20 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 13267559 - CONTESTAÇÃO (2766138 CONTESTACAO 01)
- 13267564 - DOCUMENTO COMPROBATORÍO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 13267565 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 13267566 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
- 13267568 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

2766138- C3/ 2020-04236/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

PT 14:21 20/11/2020



Número: **0809049-27.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.487,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GILVAN DO NASCIMENTO (AUTOR)</b>	<b>JEFFERSON LIMA DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13267 564	20/11/2020 14:20	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GILVAN DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180510613**  
Vitima: **GILVAN DO NASCIMENTO**  
Data do Acidente: **26/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180510613**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13545028



00030105



---

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GILVAN DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180510613**  
Vítima: **GILVAN DO NASCIMENTO**  
Data do Acidente: **26/07/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180510613** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

038.904.893-38

Nome completo da vítima

Gilvan do Nascimento

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Gilvan do Nascimento	038.904.893-38	Auxiliar de Redação
Endereço	Número	Complemento
R. Londrina	5851	essa
Bairro	Estado	CEP
rua São Francisco	PI	64009-700
Email	Telefone (DDD)	
	(86) 3303-4104	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2004 D/V 91157 D/V  
(Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na **REDE DE BANCOS DE SINISTROS DPVAT**.  
Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

30 OUT 2018

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

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

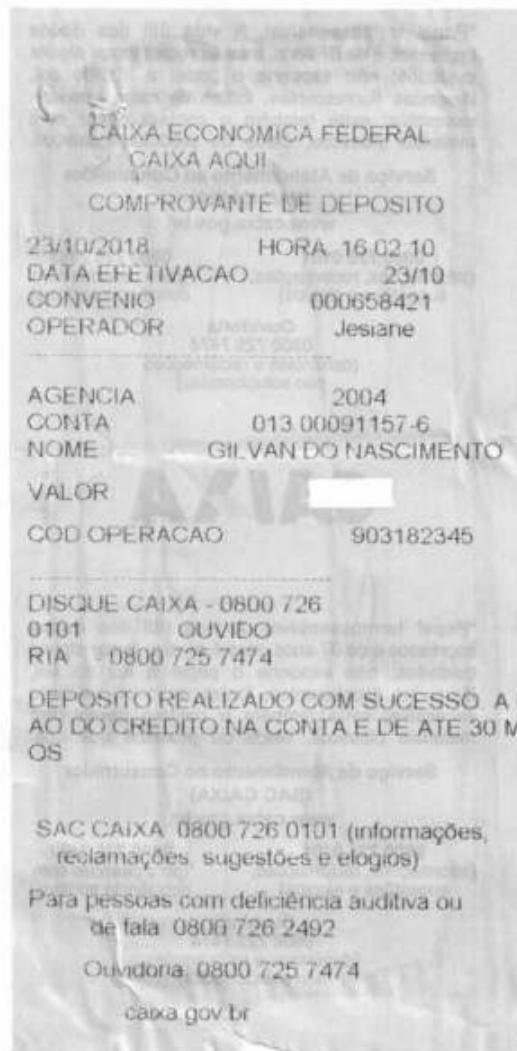
Gilvan do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





**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**

Número do Sinistro: 3180510613  
Nome do(a) Examinado(a): Gilvan do Nascimento  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Londrina, 5851 Casa  
Vila São Francisco Teresina PI CEP: 64009-700  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 3113208  
Data local do acidente: [ 26/07/2018 ]  
Data local do exame: [ 14/11/2018 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE DIÁFISE DO FÉMUR E RÁDIO DISTAL ESQUERDOS.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO FÉMUR E NO RÁDIO ESQUERDOS.**  
**REALIZOU FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**  
**Data da Alta: 10.2018.**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 40), EXTENSÃO(ADM 40), ABDUÇÃO (ADM 30) E ADUÇÃO (ADM 10) DA COXA ESQUERDA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 120º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR. NO PUNHO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim**  **Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim**  **Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**SEQUELA FUNCIONAL DO QUADRIL, JOELHO E PUNHO ESQUERDOS.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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 (\*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
--	---
  - b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): <b>QUADRIL - Lado Esquerdo</b> % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): <b>JOELHO - Lado Esquerdo</b> % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <b>(X) 25% leve</b> <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	---

Região Corporal (Sequela): <b>PUNHO - Lado Esquerdo</b> % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <b>(X) 50% médio</b> <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--

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

**LOCAL DO ACIDENTE: AV CENTENÁRIO, AEROPORTO, TERESINA PI.**

  
Dr. Ismar Aguiar Marques Filho  
CPF - 791.120.723-20  
CRM/PI - 3165

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM





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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000599/2018-71

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 05/10/2018 - 11:25

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

482709

Data/Hora

26/07/2018 - 21:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. CENTENÁRIO, Nº:

Complemento

Bairro

AEROPORTO

Ponto de Referência

POINT DA PICANHA

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GILVAN DO NASCIMENTO

RG: 3113208 SSPPI PI

Mãe: GENUINA DO NASCIMENTO SOUSA

Endereço: RUA LONDRINA, Nº 5851

Bairro: VILA SÃO FRANCISCO NORTE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
30 OUT 2018

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

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. CENTENÁRIO, SENTIDO SUL/NORTE, CONDUZINDO A MOTO HONDA/POP 110L, COR PRETA, ANO 2016/17, PLACA PIZ-5231, RENAVAM 01107952457 DE PROPRIEDADE DE JAQUELINE MARQUES DE CASTRO, E NAS PROXIMIDADES DO POINT DA PICANHA, O CONDUTOR DE UM VEÍCULO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, QUE SEGUIA NA MESMA DIREÇÃO E SENTIDO, FEZ UMA CONVERSÃO À ESQUERDA, OBSTRUINDO A PASSAGEM DO NOTICIANTE, PROVOCANDO A COLISÃO ENTRE OS VEÍCULOS, FICANDO O NOTICIANTE LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 365858 DO HUT, PARA ONDE FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681  
AGENTE DE POLÍCIA

GILVAN DO NASCIMENTO - Noticiante  
Responsável pela Informação





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gelvan do nascimento

CPF da Vítima

038.904.893-38

Data do Acidente

26/07/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
--------------------------------------	----------------------------

Email	Telefone (DDD)
-------	----------------

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

REQUERIMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
30 OUT 2018  
SEGURO DPVAT  
RUA COELHO DE RESENDE, 465 LOJA C  
CENTRO-NORTE  
TERESINA-PI  
CEP 64000-000  
Fone: (86) 3224-7700

Teresina, 24 de outubro de 2018

Local e Data

Gelvan do nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 3564	02 Data do chamado 26/10/11/18	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 22/05	05 Chegada ao local 29/11/10
	06 Saída do local 99 1313	07 Chegada ao 1º hospital 29/11/18	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Centenário	11 Bairro Aeroporto	12 Município-UF The-PR	Código IBGE	
Dados do Paciente	13 Ponto de referência - Frente Point Piracatu	14 Nome Gilvan do Nascimento	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
16 Idade 28 30/05/99	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	DEPARTAMENTO CONTEÚDO 30 OUT		
19 Tipo de ocorrência 01 Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	20 Meio de locomoção 1 - Pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 8 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	GENE SEGURANÇA Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
23 Glasgow = 15	24 RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma	25 RESPOSTA MOTORA 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	26 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2	25 Local da lesão 	
26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Dor 0/10 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10 - Muito Intensa	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10 - Muito Intensa		
30 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred	31 Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	32 Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b)	33 CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Geórgina Administrativa SAMU		
32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	Não Removido		
Vítima de colisão entre carro e motocicleta, apresentando trauma em face, lesão em mandíbula, lesão em Teto cutâneo sobre levicula direita, fratura fechada de punho esquerdo e fratura em tubo medial do humor esquerdo consciente, desorientado, farojo, e, pressão arterial, imobilizada em prancha longa com colar cervical, protetor de ferro de cinta, estirantes e cintas de imobilização. Nega DM, HAS, alergia medicamentosa. Atendido pelo resgate.					
Observatório SAMU - Atividades	Socorristas Médico AETE	Enfermeiro Condutor			
Responsável pela recepção	Número 663 984				
Versão: 27.11.2011					

Vítima de colisão entre carro e metrôciclo, apresentando trauma em face, lesão em mandíbula, lesão em tecido cutâneo sobre lesão direta, fratura fechada de punho esquerdo e fratura em traço medial do punho esquerdo. Consciente, orientado, fará, expressão clínica, immobilizado em prancha longa com colas cerúteas protetoras de ferros de catorça, estirantes e cintas de immobilização. Nega DM, HAS e alteração medicamentosa. Atendido pelo roteiro.

Responsável pela recuperação

**Socorristas  
Médico**

## Enfermato

Condutor Lameas



# 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: 21/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILVAN DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000091157-6

---

Nr. da Autenticação 4ED0FD38E9522B22



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:20:43  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112014204346000000012548648>  
Número do documento: 20112014204346000000012548648

Num. 13267564 - Pág. 9



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Período entre com 1  
Eletrobras Informa  
até o dia 05/09/2018

0051869-7

011488364

COMPANHIA ELETRÔNICA DO PIAUÍ  
Av. Presidente Dutra, 17 - Centro - Teresina - PI  
CNPJ: 00.840.173/0001-98  
Regime especial de impostos autorizado pela SIEFZ/0986  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

A Tarifa Básica da Energia Elétrica - "BEE" é fixa  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

SETEMBRO/2018 01/10/2018 299 294,97

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

DADOS DA FESTA		18910	DATA DE VENCIMENTO	24/09/2018
Ativo:	18611		Ativo:	22/08/2018
Consumo:	1.000		Consumo:	25/10/2018
Constante de Multiplicação:	299		Pré-Consumo:	21/09/2018
Consumo Médio:	299	FCAM	Entrega:	24/09/2018
Consumo Resíduo:	299		Assentamento:	33
NORMAL				

DETALHAMENTO CONSUMO					
Chave/SubUnidade	Signific.	Nome da Unidade	Período	Último Ref.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	278	

PERÍODO	DETALHAMENTO CONSUMO	VALOR
AGO/18	292	CONSUMO
JUL/18	184	299 A R\$ 0,394947 = 267,58
JUN/18	208	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (CÓSIP) 21,67
MAI/18	211	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00 0,51
ABR/18	159	MULTA POR ATRASO 08/18-00 4,17
MAR/18	307	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00 1,84
FEV/18	224	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,93
JAN/18	271	
DEZ/17	314	
NOV/17	416	
TOTAL COM TRIBUTOS:		0 A 299 - 0,584090

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 21/09/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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

RESERVADO AO FISCO 8AC6.F37C.C1EF.777B.A9A5.A799.C724.8216

RESUMO DA CONTA	DETALHAMENTO CONSUMO
Distribuição: 51,55	Base de Cálculo: 267,58
Energia: 98,04	Alíquota ICMS: 27,00%
Desenvol. 15,42	Alíquota CIDE: 72,24
Despesas: 15,62	Alíquota PIS: 2,62
Total: 86,95	Alíquota COFINS: 12,09

5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03  
0,00 0,00 0,00



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gelvan do nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.904.893-38 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Gelvan do nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.904.88-38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos de comprovação: **DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, anexo o endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua 24 Dr Jamilio	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)	186 3303-4104	Telefone celular (DDD)	(86) 99534-656

Teresina, 24 de outubro de 2018  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

01 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jaguilene marques de castro,  
RG nº 2.130.028, data de expedição 11/01/18,  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 007.952.633-69, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piúí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Sistena vez da Silveira, nº 4739  
complemento caso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima \* Gilvan do Nascimento cujo o condutor era  
\* Gilvan de Nascimento.

Veículo: motó  
Modelo: Honda Pop 110i  
Ano: 2016/2017  
Placa: PIZ-5231  
Chassi: 9C2J80100KR228733  
Data do Acidente: 26/10/2018  
Local e Data: Teresina, 05 de Outubro de 2018



Jaguilene marques de castro  
Assinatura do Declarante



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





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 3564	02 Data do chamado 26/10/21/18	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 22/05	05 Chegada ao local 29/11/0
Local da Ocorrência	06 Saída do local 29/13/13	07 Chegada ao 1º hospital 29/14/18	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Centenário	11 Bairro Aeroporto	12 Município-UF Teresina-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Fronte Point Piccolo				
	14 Nome Gilvan do Nascimento	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado			
	16 Idade 28 30/10/1999	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 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	DEPARTAMENTOS DE SINISTRO CONTEÚDO NÃO VERIFICADA 30 OUT 2018
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de SEGURANÇA segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	GENESEGURANÇA Centro de Reservado AEROPORTO S.A. 63 Loja C EP: 602-470
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 87 Resp. 16 PA 120x70 TAX. — Sat02 98%	25 Local da lesão
Assistência	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 Dor D8 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor — 3 Leve — 6 Moderada — 9 Intensa — 10	
Hospital de Destino	30 Fratura 1- Sim 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte
Observações	<p>Vítima de colisão entre carro e motocicleta, apresentando trauma em face, lesão em mandíbula, lesão em Tendo extensor sobre o cubito direito, fratura fechada de punho esquerdo e fratura em processo medial do fêmur esquerdo. Consciente, orientado, farisa, e prontra, latente de cefalos, estertores e cintas de imobilização. Nega DNI, HAS e alergia medicamentosa. Acompanhado pelo sogro.</p>				
Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE	Alma 663 984	Enfermeiro Condutor	Campos	
Versão: 27.11.2011					





HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Gilvan do Nascimento

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 365858

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

OPVAT - 365858



HÓSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE CRISTO  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

०८८८

ca. 5000 "OK

**SUS-SUS**

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: <b>GILVAN DO NASCIMENTO</b>		Tecnicoo: <b>1024</b>	Frontuário: <b>365858</b>
MUNICÍPIO DO NASCIMENTO SOUSA		Pai:	
End.:		PRA SOTERO VAZ, 4730 - MEMORARE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: <b>30/05/1990</b>		<u>Idade:</u> <b>28alm27d</b>	<u>Sexo:</u> <b>Masculino</b> <u>Fone:</u> <b>86-98867-5963</b>
Responsável: <b>PAULO CESAR DE SOUSA</b>		<u>CNS:</u> <b>708704197865698</b>	
Profissão: <b>CONFEITEIRO</b>		<u>CPF:</u> <b>...</b> - <b>RG:</b> <b>3113208 - SSP PI</b>	
G. Instrução: <b>Médio Completo</b>		<u>E.Civil:</u> <b>Comcubinato</b>	
End. Local: <b>...</b>			

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

DADOS DO ATENDIMENTO:  
Código: 676370 Data: 26/07/2018 22:50:46 Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU  
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) Convênio: S U S  
Trajeto: Sim Tipico: Não CID Secundário: V299

**DOCS CLÍNICOS:**

ADOS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente automobilístico há +/- 3 horas.  
não se leva a óbito.

- (A) UVA queimada, com ósso exposto
- (B) MVA, ósso exposto, sem F.R.
- (C) DNC, ST, RR, rotura de tendão, ósso exposto
- (D) Urticária = 15
- (E) rotura de ósso parietal S, articulação E, ósso em mandíbula S

S. \_\_\_\_\_ mmHg      Pulso: \_\_\_\_\_      FC: \_\_\_\_\_ bpm      Temp.: \_\_\_\_\_  
S. Inicial: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

#### CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Curvatura é medida, sempre, entre 0 e 180°. Através da curvatura, é possível determinar se a estrada é plana, curvada ou sinuosa.

Melhorado       Administrativa  
 Curado       Por Indisciplina  
 ALTA: Inalterado       Por Evasão  
 A Pedido

→

( ) Retornar à Unid. Origem

#### DATA SAFETY

( ) Internação na Unidade

Proced. Solicitud:

### CID Competitive:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01/2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rue Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

Prof. Solicitante

J. Paulo Cesar de Souza  
Paciente ou Responsável

Funcionário ou Responsável

Desenvolvimento Profissional - 89



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Av. Dr. Otto,Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

*DE PARECER PROFESSTONAL.*

Imp: 36/07/2018 22:03:23  
(RAIMUNDA SOARES)

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: <b>GILVAN DO NASCIMENTO</b>		Prontuário: <b>365858</b>
Mãe: <b>GENUINA DO NASCIMENTO SOUSA</b>	Pai:	
End. Resid.: <b>RUA SOTERO VAZ, 4730 - MEMORARE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
<b>Nascimento:</b> 30/05/1990	<b>Idade:</b> 28alm27d	<b>Sexo:</b> Masculino
<b>Responsável:</b> PAULO CESAR DE SOUSA		<b>CNS:</b> 708704197865698
<b>Profissão:</b> CONFEITEIRO		<b>Documento:</b> CPF: - - -
<b>Ens. Instrução:</b> Médio Completo		<b>E.Civil:</b> Comcubinato
<b>End. Local.:</b> - - -		

### ATENDIMENTO:

676370 Data: 26/07/2018 22:50:46 Clas. Cor: Indefinido  
de Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC Convênio: 3 U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *for achar o endereço de você, sobre como  
é a casa de vocês e qual é o Rio. Eu só queria falar com o  
senhor deles sólito B* *corrigiu o bilhete* *- Sa fone*

Carimbado por o(a) Aplicante

ପାତ୍ର

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

Carimbo/Assinatura Prof. Raxacat

DETALHE DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura. Folha 1000

DO PARECER: Data/Hora: / / : :

Carimbo/Assinatura Broz - Barone





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**  
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 06/08/18

NOME DO PACIENTE: Gilvanito Barbosa		PRONTUÁRIO Nº: 365858
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA: Pouco		Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Fernando		CPF Nº:
AUXILIAR: Alvaro		CPF Nº:
ANESTESIA: Pouco		CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Rose / Macarena		CPF Nº:

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

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 3, 0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 3, 5, 8, 15	PAR	04 - 03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	1		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	1		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	1		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	1	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	1	
JELCO Nº	UNID.	1		Spuma	UNID.	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
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:			
PROLENE							

MOD - 092





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório: *lact. de Feto +1/3 de gestação com perda de nectocia*  
Operação - Tipo: *redução de placenta, redução, fixação e placenta*

Cirurgião: *Edmundo Couto* 1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

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

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

**DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Tore SDS sob niquel esteril
- 2) Repouso habitual
- 3) Vis laterais para e distal sobre asas avianas
- 4) Retirada da placenta + perfusão
- 5) Redução imediata
- 6) Fixação da placenta + perfusão em ponto
- 7) Levadura e SFG.
- 8) Suturas
- 9) Cirurgia

De: *Edmundo Couto*  
Órgão: *HUT*  
CRM-PI: *211917*

Mod. 761





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 02/08/18

NOME DO PACIENTE: Silvana do Nascimento		PRONTUÁRIO N°: 365858
DIAGNÓSTICO: Fract. da Fíbula (6)		CIRURGIA:
ANESTESIA:	1a gue	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO:	Ayraha	CPF N°:
AUXILIAR:	mirid	CPF N°:
ANESTESIA:	Laurinha	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	Diferro	CPF N°:

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

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	02
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA N°	7,5	PAR	03
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA N°	7,5	PAR	03
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	10
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE		ML	10
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO		ML	100
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA		ML	—
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC		UNID.	03
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC		UNID.	03
ESPARADRAPO	CM	1m		SERINGA 5CC		UNID.	03
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC		UNID.	03
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	05
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL		UNID.	—
JELCO N°	UNID.	—		Cápsula		UNID.	03
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	04		CIRCULANTE:	Glau-		
PROLENE							

MOD - 094





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Gilvan do Nascimento

Diagnóstico pré-operatório

Fratura Diáfise do Fímur Esq.

Operação - Tipo

Fixação de Fratura Diáfise de fímur

Cirurgião

1º Assistente

Denise

2º Assistente

3º Assistente

Gutti

Instrumentador(a)

Anestesista

Dr. J. L. G. Soárez Filho

Anestesia

Raquel

Anestésico(a)

Médico Anestesiologista  
CRMPI 474 CPF: 068.972.903-00

Diagnóstico Pós-operatório

08/08/18

Infel

Fim

Fratura Diáfise de Fímur Esq.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

0

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Pct em DODH sob requintaria ② Axiopse, antisepsia + campo estéril ③ Incisão em face lat da crura prox e distal ④ Visualização de fratura grave de fímur diáfise com intensificador de imagem — ⑤ Fixação com placa DCP 18 furos ⑥ Sutura por planos + curativo

Mod. 76 HUT



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 10191 - Em: (27/07/2018)

Internação:	Pronome:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Medico Assistente:
219422	365858	GILVAN DO NASCIMENTO	POSTO 1	ANEXO 2 P01	LEITO	WILANILDO LIMA COSTA
Evolução:	Horas:		Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:		
Seq.: Descrição-Apresentação/observação: Dose: Unid.: Vias: Int.: Recoms: Dil. Vol.: Horários: RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: dieta ORAL Tipo Livre, Visto Nutricionista Chayde Gonçalves CNA/09 7151 1 GLICOSE 5%, INJ. 500ML, "SORO GLICOSADO" 2 CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ. 3 DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. 4 TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ. 5 TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL Em 100ML de SFG, 9% 6 RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.						

Observações Gerais: SINAIS VITais DE 6/6h

Observações Gerais:

SINAIS VITais DE 6/6h

Dr. EDNAN SOARES COUTINHO  
09/07/2018



Data: 1-08-18 - 14:20:43

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:20:43  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112014204346000000012548648  
Número do documento: 20112014204346000000012548648

Num. 13267564 - Pág. 22



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 21/08/18

NOME DO PACIENTE: <u>Gilvan do Nascimento</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>365558</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Pronto Náusea, vômito / Gastrite</u>		CIRURGIA: <u>Data 27 Ano 2018</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Edmundo</u>		Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIAO: <u>Dr. Joel</u>		CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____		CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Blageio + sedas</u>		CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Rosy</u>		CPF Nº: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	DR. JOEL CAMPOS NETO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PI/1930 / CPF: 366.881.313-63	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02	CRM-PI/1930 / CPF: 366.881.313-63	LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 710 e 715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 810	PAR	01	
AGULHA RAQUE N. 22	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	000		PVPI DE GERMANTE	ML	000	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	000	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE N°	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	1					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>C-letumes - 65</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Escoria - 65</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: <u>D. ....</u>			
PROLENE							

MOD - 094





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

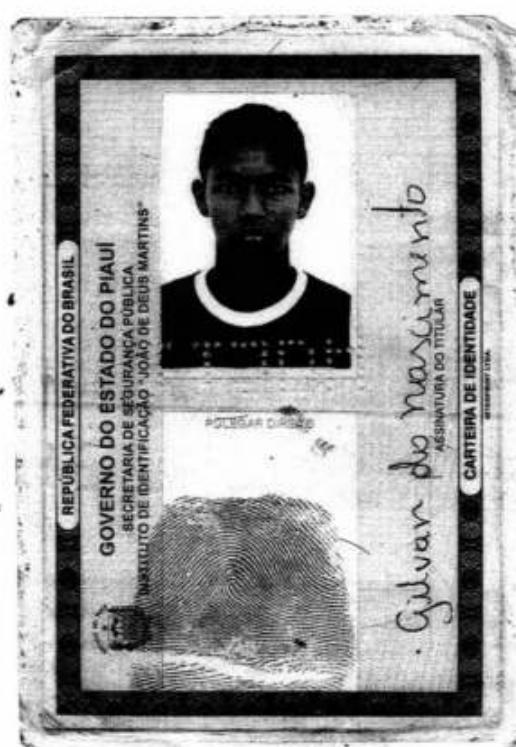
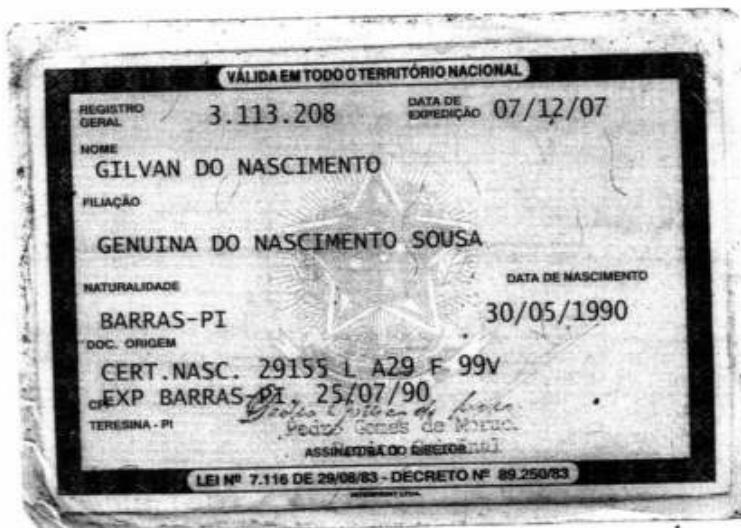
Nome do Paciente	<i>Orlvan do nascimento</i>		
Diagnóstico pré-operatório	<i>Fractura contusão peris articular</i>		
Operação - Tipo	<i>MTR. P. M. articular</i>		
Cirurgião	<i>Dr. Joel</i>	1º Assistente	<i>Dr. Bonsucesso</i>
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	<i>DR. JOEL CAMPOS NETO</i> CRM-PI 1930 / ORTOPEDISTA / 18-381.313-63	Anestesiador(a) <i>Dr. Edmundo</i>	Anestesia <i>Bligean + sevofl</i>
Data da Operação	<i>01/05/18</i>	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <b>30 OUT 2018</b> GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			

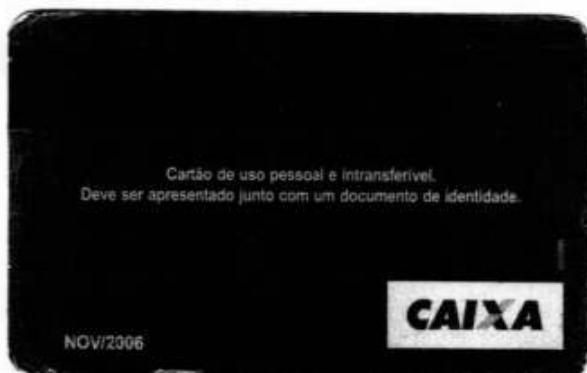
1. Abg. Drg. (B) - Drg. Borr.
2. Abg. Antip. DTR, IMC Veli. Ril.
3. Anilg. p. fl. debil - Drg. L. T 3x8
4. Sut. L. D. Dr. gral

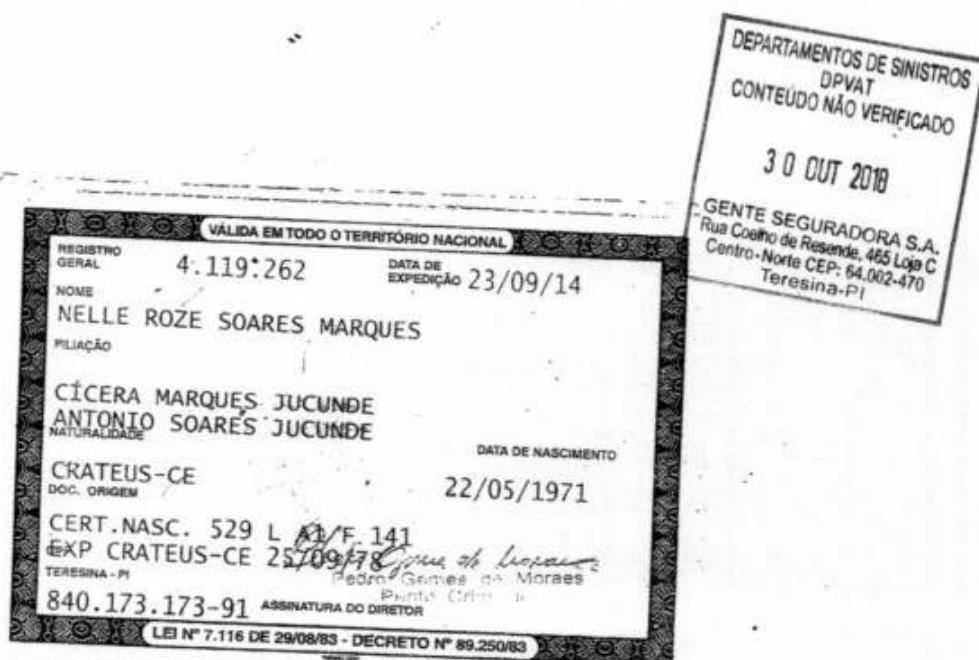
DR. JOEL CAMPOS NETO  
CRM-PI 1930 / ORTOPEDISTA / 18-381.313-63

Mod. 76 HUT









Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:20:43  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011201420434600000012548648  
Número do documento: 2011201420434600000012548648

Num. 13267564 - Pág. 27

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180510613      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILVAN DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 26/07/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE DO FÊMUR E RÁDIO DISTAL ESQUERDOS.

**Descrição do exame** VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM médico pericial: 40), EXTENSÃO(ADM 40), ABDUÇÃO (ADM 30) E ADUÇÃO (ADM 10) DA COXA ESQUERDA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 120°) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR. NO PUNHO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30°) COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** DEFORMIDADE ÓSSEA NO PUNHO ESQUERDO. DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL, JOELHO E DO PUNHO ESQUERDOS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequelas

**Data da perícia:** 14/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** LOCAL DO ACIDENTE: AV CENTENÁRIO, AEROPORTO, TERESINA PI.

**Médico examinador:** Ismar Aguiar Marques Filho

**CRM do médico:** 3165

**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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>		<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>	



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:20:43  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112014204346000000012548648>  
Número do documento: 20112014204346000000012548648

Num. 13267564 - Pág. 29

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180510613      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILVAN DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 26/07/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 07/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA (GALEAZZI) DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.  
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>30 %</b>	<b>R\$ 4.050,00</b>

