

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface. The main window displays a document titled "downloadBinario.seam" with page 1/10. The document header includes the case number "2771088-C3/2020-04462/ INVALIDEZ" and the law firm logo "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The body of the document reads "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". At the bottom, it shows the process number "Processo: 08287977920198180140". On the left, a sidebar lists various documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and "13624191 - CONTESTAÇÃO". The status bar at the bottom right shows the date "08/12/2020" and time "10:41".



Número: **0828797-79.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ERISNALDA PEREIRA SANTOS (AUTOR)	TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13624307	08/12/2020 10:41	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ERISNALDA PEREIRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180449851

Vitima: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180449851**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível
- Documentos de identificação não conclusivo

Pag. 01/09/01020 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13412574



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:41:50
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810415040300000012886565>
Número do documento: 20120810415040300000012886565

Num. 13624307 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ERISNALDA PEREIRA SANTOS

Sinistro: 3180449851
Vítima: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA
Data do Acidente: 20/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ

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 **3180449851** 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 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





Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ERISNALDA PEREIRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180449851

Vitima: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

Data do Acidente: 20/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180449851**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

Pag. 00885/00886 - carta_03 - INVALIDEZ



0060443

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13550858





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180449851 Vítima: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

Data do Acidente: 20/03/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). ERISNALDA PEREIRA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Per

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ERISNALDA PEREIRA SANTOS**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 000004499-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

Seguradora Eider DI VA





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSPF 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 ASE: **074197983-70** | CPF da Vítima: **Francisco Gabryel Soares Pereira**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Enivalda Pereira Santos	CPF titular da conta	132.8	Profissão	Recuso
Residência	Rua São Francisco	Número	1328	Complemento	
Bairro	Alto da Ressurreição	Cidade	Brasília	Estado	DF
E-mail		CEP	64090-380	Telefone (DDD)	(61) 9999-0660

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção!)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1607		4499	I
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data
Local e Data
Local e Data

SEGURO DPVAT
RECUPERADORA
DE SEGUROS

11 JUL 2018

Enivalda Pereira Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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 ASE: **074197983-70** | CPF da Vítima: **Francisco Gabryel Soares Pereira**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Enivalda Pereira Santos	CPF titular da conta	132.8	Profissão	Recuso
Rua	Rua São Francisco	Número	1328	Complemento	
Bairro	Alto da Ressurreição	Cidade	Brasília	Estado	DF
E-mail		CEP	64090-380	Telefone (DDD)	(61) 9999-0660

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção!)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1607		4499	I
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data
Local e Data
Local e Data

**SEGURADORA
LÍDER
SEGUROS**

11 JUL 2018

Enivalda Pereira Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001818/2018-45



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSAO AOS CRIMES DE TRÂNSITO (Resp. pelo Registrante)

Delegado(a) Registrante:

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

20/03/2018 - 17:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO DIRCEU, Nº:

Complemento

BLOCO

DIRECCIO. MUNIC. EIREL.

Ponto de Referência

PRAÇA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS

RG: 1067576 PI

Mãe: MARIA ANTONIETA DOS REIS

Endereço: RUA ESPERANÇA, Nº 1329

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9448-2937

Nome: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

RG: 3991402 PI

Mãe: EBRISNALDA PEREIRA SANTOS

Pai: MARCOS FRANCISCO SOARES DOS REIS

Endereço: RUA ESPERANÇA, Nº 1328

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA CG 150 ITAN EX, PLACA PIG-3895-PI, COR BRANCA, RENAVAM 01195007644, PROP. DE RAIMUNDO KENEDY OLIVEIRA DOS SANTOS, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO AV. JOAQUIM NELSON, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO EM SEQUEDA. A VITIMA FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA, FILHO DO NOTICIANTE, ERA PASSAGEIRO DA MOTO E FOI SOCORRIDO PELO PRÓPRIO NOTICIANTE E LEVADO PARA A UPA. DEPOIS DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 462591). FESTEJUNHA



Cláudio Costa De Souza - Mat. 1088166
AGENTE DE POLÍCIA

MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS - Noticiante
Responsável pela informação

Delegado de Polícia

Boletim de Ocorrência emitido em: 08/06/2018 09:29 - SisBO@2011-2016 ATI

08/06/2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:41:50
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810415040300000012886565>
Número do documento: 20120810415040300000012886565

Num. 13624307 - Pág. 7



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: Francisco Gabriel Soares Bona | CPF da Vítima: 074197983-70 | Data do Acidente: 30/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal:

CPF do Representante legal:

Email:

Telefone (DDD): (86) 99997-0660

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

CPG CORRETORA
DE SEGUROS

11 JUL 2018

Pernambuco, 12 de Junho de 2018

Local e Data

Ednalan Soares Coutinho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALLONI V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:41:50
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810415040300000012886565>
Número do documento: 20120810415040300000012886565

Num. 13624307 - Pág. 8



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: Francisco Gabriel Soares Bona | CPF da Vítima: 074197983-70 | Data do Acidente: 30/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal:

CPF do Representante legal:

Email:

Telefone (DDD): (86) 99997-0660

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

PA CORRETORA
DE SEGUROS

11 JUL 2018

Pernambuco, 12 de Junho de 2018

Local e Data

Edimilda Pereira cantor

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALLONI V001/2017



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

Nº LAUDO: 61020
AIH: 2218100156228

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES
5828856

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

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA		16/11/2003	M	462591
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		ERISNALDA PEREIRA DOS SANTOS	FRANCISCO GABRIEL		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			1328		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
ALTO DA RESURREIÇÃO			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM OMBRO E/OU ESÓ.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
DOR + EDEMA + DEFÍCIT MOTOR (NECESSITA DE CIRURGIA).

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX E AVALIAÇÃO ORTOPEDICA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

CARATER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
20/03/2018

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM: 6434314333

DATA ADMISSÃO
20/03/2018 17:47

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNPJ DA EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

HENRIQUE ALMEIDA FILHO
CRM: 055900031334

DATA ANÁLISE: 20/03/2018 10:39:40

CRM:

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

Nº LAUDO: 61020
AIH: 2218100156228

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES
5828856

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

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA		16/11/2003	M	462591
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		ERISNALDA PEREIRA DOS SANTOS	FRANCISCO GABRIEL		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			1328		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
ALTO DA RESURREIÇÃO			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM OMBRO E/OU ESÓ.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
DOR + EDEMA + DEFÍCIT MOTOR (NECESSITA DE CIRURGIA).

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX E AVALIAÇÃO ORTOPEDICA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

CARATER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
20/03/2018

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM: 64346314333

DATA ADMISSÃO
20/03/2018 12:47

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNPJ DA EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

HENRIQUE ALMEIDA FILHO
CRM: 055900031334

DATA ANÁLISE: 20/03/2018 10:39:40

CRM:

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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: 11/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERISNALDA PEREIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 00000004499-1

Nr. da Autenticação 31104AE9E5E4FEDA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:41:50
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012081041504030000012886565>
Número do documento: 2012081041504030000012886565

Num. 13624307 - Pág. 12



***** AVISO DE DÉBITO *****

Atenciosamente, Não identificamos o pagamento da(s) débito(s) abaixo. Neste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa empresa, ou FONCI, contanto para esclarecimentos através do 0800-223-2009. Os encargos correspondentes aos débitos listados acima, permanecem na proxima fatura.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
04/2018	16/05/18	31,45			
03/2018	09/04/18	31,45			
02/2018	10/03/18	31,45			
01/2018	06/02/18	31,45			
00/2018	09/01/18	31,45			



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Raimundo Kennedy Oliveira dos Santos

RG nº 3.666.878, data de expedição 15/02/2017

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 048 742 373 78, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. 10 Pg do Sol N. 1701, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Franúcio Gabriel Soares Pereira o condutor era Morais Antônio Soares dos Reis.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 150 TITAN EX

Ano: 2014

Placa: P56 3995

Chassi: 9L2KCJ60ZER055819

Data do Acidente:

Local e Data: Teresina - PI 05/06/2018

Raimundo Kennedy Oliveira dos Santos



2º OFÍCIO

Assinatura do Declarante

Morais Antônio Soares dos Reis

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

1 JUL 2018



2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 3ª Circunscrição - Teresina- Piauí

Av. Dom Bosco, 100 - CEP 64045-500 / Fone: (085) 3204-5799 / email: canoinhas@igmail.com

Buff Myrrha da Oliveira Britto - Tabela Interna - Período nº 3000-2017 - P.A.P./C.G./EXPG/J/Teresina-Piauí

2º

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO KENNEDY
OLIVEIRA DOS SANTOS

EM TEST. _____ DA VERDADE. DOU FÉ. TERESINA, 05/06/2018 10:57:19

Pâmela Raiza Silva Barbosa - ESCREVENTE AUTORIZADA

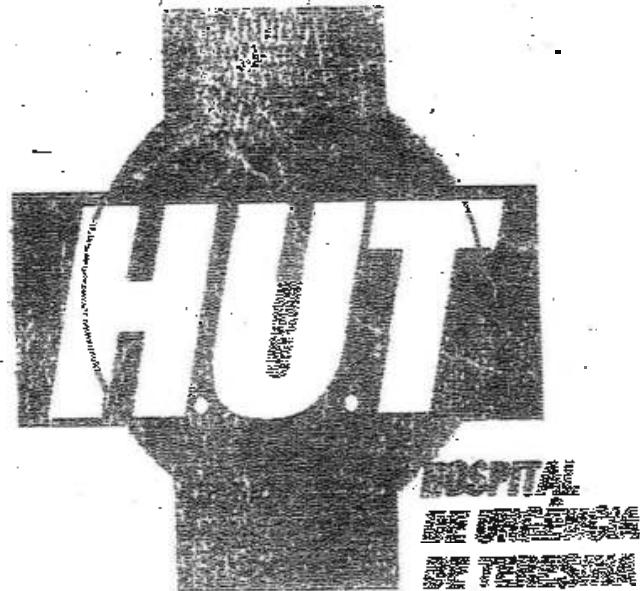
Emiss. 8.71 Tij. 0.74 Selo: 0.00 Total: 4.70



Pâmela Raiza Silva Barbosa
Escrivente Autorizada

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABE-92977





NOME DO PACIENTE: Francisco Gabriel Soares Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 462591



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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3215 4072
TERESINA - PI CEP: 64001-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Impresso em 02/07/2018 às 10:41:50
Páginas: 1 de 1

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA		Prontuário: 462591
Mãe: ERISNALDA PEREIRA SANTOS	Pai: ERISVALDO PEREIRA SANTOS	
End. Resid.: RUA ESPERANÇA 1326 - ALTO RESSURREIÇÃO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 16/11/2003	Idade: 14 anos	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: O MESMO		CNS: 701805293890773
Profissão:	Documento: CPF:	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 656255	Data: 20/03/2018 17:47:14	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___ ___:___	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
_____ _____ _____	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ ___:___
_____ _____ _____

11 JUL 2018

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):	
Data/Hora Solicitação: ___/___/___ ___:___	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
_____ _____ _____	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ ___:___
_____ _____ _____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22 / 03 / 18

NOME DO PACIENTE:		Fábio Gabriel Soares Pereira	PRONTUÁRIO Nº:	462591
DIAGNÓSTICO:		fractura de clavícula (1)	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		bloqueo + geral	Nº DA SALA:	Frontiers
CIRURGÃO:		José T Sé	CPF Nº:	TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM PI 2660 SEOT 10705
AUXILIAR:		Hudson Ferreira	CPF Nº:	
ANESTESIA:			CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:		Valdirene	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI N.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7,0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	—	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	—	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL 12	UNID.	01	
JELCO N°	UNID.	—		crepon	UND	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Eletrodo Escova			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							05
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							03
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON N.º 30 UND 02							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL N.º 0		01		CIRCULANTE:			
PROLENE							



Planilha1



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Name do Paciente Francisco Gabr. Soares Pereira

Diagnóstico pré-operatório: **met. elevícola** D

Operação - Tipo de feijão simboliza de cloroplasto

Cirurgião Lew Tse Frontier 1º Assistente Thelmo Cunha P3

2º Assistente ~~1º Assistente~~ **3º Assistente**

Instrumentos de la ~~Larva~~ TRAUMATOLOGÍA ~~Anestesiología~~ Dr. Eduardo Anestesia

Anestésico(s):

Data da Operação 02/06/2019 **Inicio** 08:00:00 **Fim** 08:00:00

Data da Operação

frat. de donata

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRICA O DA OPERACAO

(Técnica: Iogardura, Suturas, Drapanem, Fechamento)

Paciente em DDIT, Cadeira de praça, set ilheus + gto 1

Assepro, confissepro e compres estiws

Moscow from 5 to 13°
Day 15 Sun 1871 becomes

~~18-4-1933~~ ~~de fomes~~
B. duraw corrente de ferro

Fixar c/ place + parámetros

Sintesi per polmos

figure c

~~140-150-160-170-180-190-200~~
~~TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA~~





Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Francisco Colwill
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

do Gabril S. Pereira
DAL F. COMORBIDADES
Chewalka

NOTE DO PACIENTE
Francisco Galvão
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE TERESINA - PI

PRESCRIÇÃO CLÍNICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:41:50
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810415040300000012886565>
Número do documento: 20120810415040300000012886565

Núm. 13624307 - Pág. 20



FMS Fundação Municipal de Saúde

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



Pyone

MÉDICO/CBM-

Mod. 007

✓ SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME FRANCISCO GABRIEL S. PEREIRA IDADE ____ anos DATA 03/03/2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA GERAL ()RAQUE ()BLOQUEIO ()PERIDURAL ()SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Clavícula () CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		SAÍDA
	ADMISSÃO		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	131 / 87		121 / 85
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	88		81
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%		100%
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Sabate		Sabate

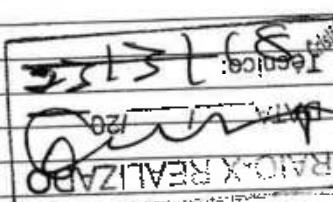
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK

ATIVIDADE MUSCULAR	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	ADMISSÃO		SAÍDA	
		2	1	2	1
	Movimenta dois membros	1	✓	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	✓	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1
	Tem apronía	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	✓	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	✓	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	✓	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
ESCALA DE DOR ALTA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
TOTAL	09				
ASS.	100%				

SONDA VESICAL	DREN. DE SUÇÃO	DREN. TORACICO	DVE	COLOSTOMIA	SONDA () NASOG. () ASOC. ()
13 mL hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
14 mL hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Já 10 minutos no SRPA em POU de ito cirúrgico para juntar em clavícula (). sob efeito do bloqueio + geral. Sem dor expressa, respirando ar ambiente. FV com curvatura lombosacra. 13:50 - segue estabilizado, afquiras liberado da ORPA.



PREScrição MÉDICA	HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA
		DR. BRUNO S. BORGES Anestesiologista CRF-SP/4355

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

STO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD





Fundação Municipal de Saúde

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



۱۰۷

MÉDICO/CRM:

933

卷之三





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Piauí 66.321-8343
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA** (Prontuário: 462591)
 Endereço: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREIÇÃO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 16/11/2003 Idade: 14a4m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 656255
 Requeção: 823301 Solicitação: 20/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1018998 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 20/03/2018

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no terço médio da clavícula.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

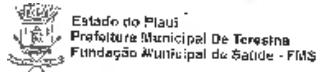
Profissional Responsável

Jane Simone Lira Dias de Souza
 Mestrado em Radiologia
 CONSELHEIRO FEDERAL DE MEDICINA
 CONSELHEIRO ESTADUAL DE MEDICINA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:41:50
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012081041504030000012886565>
 Número do documento: 2012081041504030000012886565

Num. 13624307 - Pág. 24



03.529.0960309
Carimbo do Estabelecimento Solicitante
1909
Dr. Zézézor Ribeiro
Rua Dr. Octavio Ribeiro, 1629 - Centro
CEP 64.017-778
Teresina - PI

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade _____

Nº Cartão SUS

Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)

EDNAN SOARES COUTINHO Souto PEREIRA

Raça/Cor

Nascimento _____

Idade

Sexo

RG / CPF

/

14

Masc.

Fem.

Nome da MSA _____

CEP

Endereço (Logradouro, Número/Lote) _____

Bairro _____

Complemento _____

Município _____

UF _____

Phones _____

Dados Clínicos

Pt - operatório agivinha 0

Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde

Data: / /

Dados do Agendamento

Local do Atendimento _____

Endereço (Logradouro, Número/Lote) _____

Nome do Profissional de Saúde _____

Data e Hora do Comparecimento

às

Carimbo/Assin. Responsável pelo Agendamento

Claudia Melo Ribeiro

Aux. Administrativo

Hospital de Urgência de Teresina

CARO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.

Só entregue esta ficha se houver atendimento.

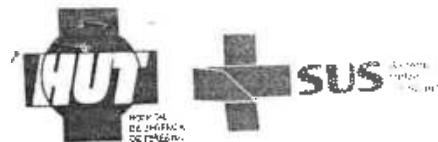
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.

Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

Formulário II / 2017





ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo **marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS: Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Obs: não retirar a imobilização (tala gessada) até o retorno ao médico

Cirurgia Realizada pelo Dr. Luiz - Tm. Fisio





ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo **marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS: Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Obs: não retirar a imobilização (tala gessada) até o retorno ao médico

Cirurgia Realizada pelo Dr. Luz - Fix - Franchini



23/03/2018

Comparecimento: 08/12/2020 10:41:50

08/12/2018 10:41:50

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCACAO DE CONSULTAS/EXAMES**

Ctrl: dce3b6a4-6cf98975-81c63199-ff97c0d4
Cadastro: 23/03/2018 09:03:02 Emissao: 23/03/2018
Agenda: 11369377 Autorizacao: 5372411862
Usuario: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

Cartao SUS: 398002910417583 Nascimento: 16/11/2003 Telefone: (86)99812-1241 Municipio: TERESINA.

Local de Atendimento: PRONTO SOCORRO DIRCEU ARCOVERDE II

Endereco: QUADRA 250 CASA A, Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Fones: (08)6321-5320 (08)2157-803

Profissional: BRUNO SOARES FREIRE

CBO: MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
Qtde: 1

Comparecimento (Data, Hora): Terca, 3 de Abril de 2018 as 07:30

Apresente-se o comprovante no ato do atendimento

Nao assine nada em caso de nao haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Claudia Melo Rios

CRM Aux. Administrativo

Hospital de Urgencia de Teresina

Assinatura/Carimbo/Responsavel pelo Agendamento

1 JUL 2018





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Ex. Otávio Tito 1320 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.317/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA (Prontuário: 462591)		
Endereço:	RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREIÇÃO - TERESINA - PI CEP: 64000-000		
Nascimento:	16/11/2003	Idade:	14a5m8d
		Sexo:	Masculino
		Origem:	INTERNAÇÃO
Requisição:	823768	Solicitação:	22/03/2018
Controle:	1019534	Convênio:	SUS
		Solicitante:	FÁBIO MARCOS DE SOUSA
		CLÍNICA ORTOPEDICA - P11	ANEXO I
			EXTRA 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 22/03/2018

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no terço médio da clavícula.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/04/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

JANE SIMONE LIMA DIAS DE SOUSA
 CRM-PI 1727
 CONCEPCIONAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Octavio Figueiredo 1820 - Redenção - Fone: 86 32 8 5145
TERESINA-PI CEP: 64017-070 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA** (Prontuário: **462591**)
Endereço: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREIÇÃO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 16/11/2003 Idade: 14a4m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 656255
Requisição: 823301 Solicitação: 20/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1018999 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 20/03/2018

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Jane Simona Lima Dias de Souza
CRM-PI 2710
Médico Radiologista
CONFECIONADO



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

Nº LAUDO: 61020
AIH: 2218100156228

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES
5928856

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

CNES
5928856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA		16/11/2003	M	462591
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		ERINALDA PEREIRA DOS SANTOS	FRANCISCO GABRIEL		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			1328		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICIPIO	UF	
ALTO DA RESURREIÇÃO			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTÓ COM TRAUMA EM OMBRO ERO.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO

DOR + EDEMA + DEFÍCIT MOTOR .NECESSITA DE CIRURGIA .

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

IXR E A AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
04HR010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

6-1 JUL 2018

LEITO/CLÍNICA

ORLOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARATER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

ARTHUR RAMOS SOARES DE SOUSA
CPF: 64384314353 CRM:

DATA ADMISSÃO
20/03/2018 17:47

DATA ALTA
23/03/2018 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

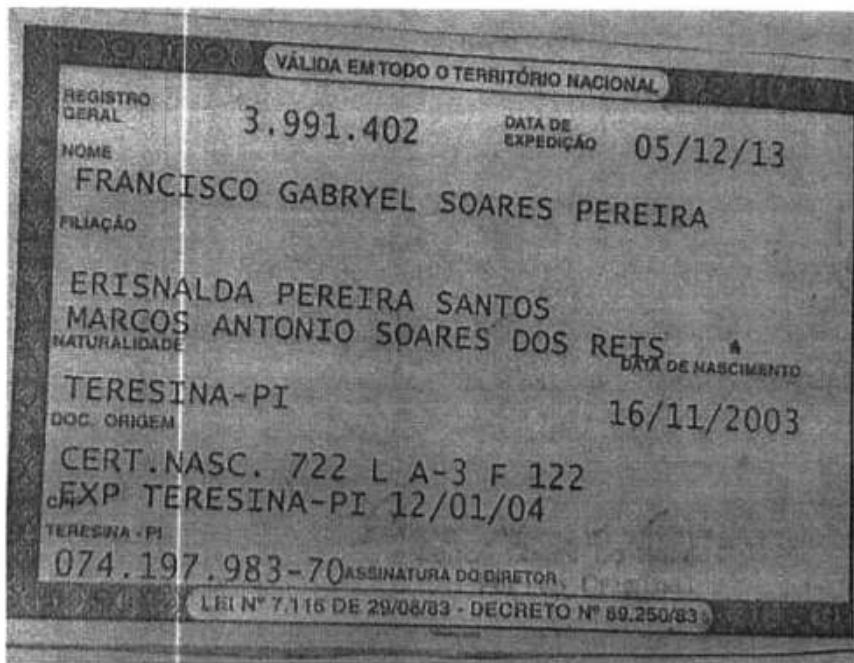
TIPO ACIDENTE CNPJ SECURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNPJ DA EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO): HENRIQUE ALMEIDA FILHO CRM: 15300001334	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
CRF:	CRM:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

04 SET 2018

DPVAT





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:41:50
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810415040300000012886565>
Número do documento: 20120810415040300000012886565

Num. 13624307 - Pág. 33

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI N.º 010840897089
0128140182635 77883469018

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO
203900153-0082577-03865645-008101241n5153989512

VIA	CCD. RENAVAM	RNFRC
1	01195007644	
NOME/ENDEREÇO		
RAIMUNDO KENNEDY OLIVEIRA DOS SANTOS QD-55 QD-2B QJ RENASCENCA 00000 RENAZENCA PI		
OPÇÃO/NF	PLACA	
010874237398	PIG-3995	
NOME ANTERIOR		
SOL NASCENTE MOTOS LTDA		
PLACA ANT/UF	CHASSI	
	9C2KC1660ER055619	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
FAS/MOTOCICLETA/NEHUMA	ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MÓD.
HONDA/CG 150 TITAN EX	2014	2014
CAP/POT/GL	CATEGORIA	COA PREDOMINANTE
02P/0149CC	PARTIC	BRANCA
OBSERVAÇÕES		
0 PBT: 000.29		
ALIENACAO FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L		
LOCAL	DATA	
TERRSINA	20/08/2014	
DEPOIMENTO DE CAVALHO ALIENCA DEPARTO GERAL DO DETRAN - PI		

CORRETORA
DE SEGUROS

11 JUL 2018

EDVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:41:50
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012081041504030000012886565>
 Número do documento: 2012081041504030000012886565

Num. 13624307 - Pág. 34

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180449851 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GABRYEL SOARES **Data do acidente:** 20/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
PEREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA E ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA DIREITA (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). TRATAMENTO CONSERVADOR DE CLAVÍCULA ESQUERDA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0251433/18

Número do Sinistro: 3180316803

Vítima: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

CPF: 074.197.983-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/03/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2018
Nome: ERISNALDA PEREIRA SANTOS
CPF: 033.597.523-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ERISNALDA PEREIRA SANTOS

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:41:50
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012081041504030000012886565>
Número do documento: 2012081041504030000012886565

Num. 13624307 - Pág. 38