

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0828797-79.20..., Baixar o arquiv..., (37) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=333501&ca=7b4e93c45cb42b78b42150a8060f51c740a...

Apps: Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

PJE ProceComCiv 0828797-79.2019.8.18.0140
ERISNALDA PEREIRA SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

13624300 - CONTESTAÇÃO (2771088 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/12/2020 10:41:51

08 Dec 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 13624191 - CONTESTAÇÃO
 - 13624300 - CONTESTAÇÃO (2771088 CONTESTACAO 01)
 - 13624307 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13624310 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13624311 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
 - 13624313 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

10:41

downloadBinario.seam 1 / 10

2771088- CS/ 2020-04462/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08287977920198180140

PT 10:41 08/12/2020



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	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERISNALDA PEREIRA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180449851**

Vítima: **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

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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

Pag. 01019/01020 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13412574



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

Pag. 01327/01328 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13505171



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERISNALDA PEREIRA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180449851**

Vítima: **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

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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

Pag. 00885/00886 - carta_03 - INVALIDEZ



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), ERISSALDA 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 Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

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

Recebedor: **ERISSALDA 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 limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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: **074197983-70** Nome completo da vítima: **Francisco Gabriel Soares Pereira**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Eusnaldo Pereira Santos	CPF titular da conta	Recuso
Endereço	Rua São Francisco	Número	1328
Bairro	Alto da Ressurreição	Cidade	Cerqueira
E-mail		Estado	PAU
		CEP	64090-380
		Telefone (DDD)	(86) 99997-0660

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

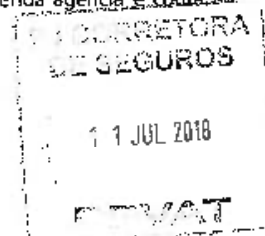
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input 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)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO: _____ NRO: _____	
AGÊNCIA NRO: 1607 DUV: _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO: 4499 DUV: 1 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO: _____ DUV: _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO: _____ DUV: _____ (Informar dígito se existir)

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

Cerqueira 12 de Junho de 2018
Local e Data

Eusnaldo 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: _____ CPF da Vítima: 074197983-70 Nome completo da vítima: Francisco Gabriel Soares Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Erivaldo Pereira Santos</u>	CPF titular da conta	<u>Recuso</u>
Endereço	<u>Rua São Francisco</u>	Número	<u>1328</u>
Bairro	<u>Alto da Ressurreição</u>	Cidade	<u>Cerqueira</u>
E-mail		Estado	<u>PAU</u>
		CEP	<u>64090-380</u>
		Telefone (DDD)	<u>(86) 99997-0660</u>

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)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO: _____ NRO: _____	
AGÊNCIA NRO: <u>1607</u> D.V. _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO: <u>4499</u> D.V. <u>1</u> (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO: _____ U/V: _____ (Informar dígito se existir)	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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cerqueira 12 de Junho de 2018

Local e Data

Erivaldo 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 REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO (resp. pelo Registre)

Localização: 20/03/2018 - 17:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO DIRCEU, Nº:

Complemento

Data/Hora

20/03/2018 - 17:00

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 1328

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9448-2937

Nome: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

RG: 9991402 PI

Mãe: ESRISNALDA 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 TITAN 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 SEGUIDA. 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 HUI. (PRONT. 462591). TESTEMUNHA: WILSON DA SILVA, PLACA PIG-3R-313, KM 12, POVOADO ATALAIA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS - Noticiante
Responsável pela informação

Delegacia de Polícia

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

Assinado em



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 interdita 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 Brito

CPF da Vítima

074197983-70

Data do Acidente

30/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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.

Brasília, 12 de Junho de 2018

Local e Data

*Eustália Pereira Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL001 V001/2017



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 interdita 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 Brito CPF da Vítima 074197983-70 Data do Acidente 30/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
E-mail _____ 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:

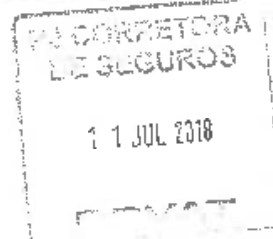
Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ 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.

Benedito 12 de Junho de 2018
Local e Data



*Eustália Pereira Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DLLOIM V001/2017



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

Nº LAUDO: 61020
AIH: 2218100156228

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES
5828856

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

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA	NASCIMENTO 16/11/2003	SEXO M	PRONTUÁRIO 462391
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE ERISNALDA PEREIRA DOS SANTOS	RESPONSÁVEL FRANCISCO GABRIEL	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 1328
BAIRRO ALTO DA RESSURREIÇÃO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOVO COM TRAUMA EM OMBRO ESO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
DOR + EDEMA + DEFICIT MOTOR, NECESSITA DE CIRURGIA.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX 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
0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
20/03/2018

ARTUR SAMPÃO SOARES DE SOUSA
CPF: 64384314353

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 SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
----------------------	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	--------------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) HENRIQUE ALMEIDA FILHO CPF: 05300921334	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM: DATA ANÁLISE: 20/03/2018 18:39:42
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

Nº LAUDO: 61020
AIH: 2218100156228

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES
5828856

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

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA	NASCIMENTO 16/11/2003	SEXO M	PRONTUÁRIO 462391
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE ERISNALDA PEREIRA DOS SANTOS	RESPONSÁVEL FRANCISCO GABRIEL	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE 1328
BAIRRO ALTO DA RESSURREIÇÃO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOVO COM TRAUMA EM OMBRO ESO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
DOR + EDEMA + DEFICIT MOTOR, NECESSITA DE CIRURGIA.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX 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
0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
20/03/2018

ARTUR SAMPÃO SOARES DE SOUSA
CPF: 64384314353

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 SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	NOME EMPRESA	CROR	NATUREZA DA LESÃO
----------------------	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	--------------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) HENRIQUE ALMEIDA FILHO CPF: 0530092-1334	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA 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: 000000004499-1

Nr. da Autenticação 31104AE9E5E4FEDA



Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199
15156060
MATRÍCULA 12892428-7 DATA DE
MES/ANO 5/2018

FOLHA DE MONITORAMENTO DE SUELO MONITORADOR RUA SÃO FRANCISCO 61 A RESSURREICA, No. 01328 CURUPI, TERESINA PI - CEP 64000-000			
Data de emissão 26/05/2015		Grupo 017	Número do monitoramento ABSN 15782
Histórico de consumo (LITROS / DIA) 01/05/15 12,00 02/05/15 12,00 03/05/15 12,00 04/05/15 12,00		Índice de qualidade / observação (Normal)	
26/05/2015 12,00 Anterior 26/05/2015 12,00 Atual		Condições de uso (1) Sem uso (2) Uso normal (3) Uso excessivo	
Descrição dos serviços da análise			
Tabela de valores Referência (LITROS / DIA)		Valor Referencial Água - 11,45 - Referência Normal - 11,0 mg	
Valor Residual (LITROS / DIA)		Valor 31,45	
Regularidade / Anomalias			
(LITROS / DIA)			
NOTIFICAÇÃO			
Após 30 dias de vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços conforme Lei Federal nº 11.448/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.967/96, Art. 6º, §3º, inciso II.			
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.400)			
PARÂMETROS	AMOSTRAS RECOLHIDAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE
CLORO LITRE	2837	2169	668
ODOR APORTE	1191	2634	702
PH	7373	2992	401
TURBID			
Valor 11,57 Inferior a 15			
Valor 6,29 Inferior a 5,50			
Valor 2,97 Inferior a 5			
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.400)			
PARÂMETROS	AMOSTRAS RECOLHIDAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE
COLIFORMES TOTAIS	919	919	0
ESCHERICHIA COLI			
Ausente			
Ausente			
Data da emissão: 26/05/2015			
Hora da emissão: 07:53			

CORRETORES
 DE SEGUROS
 11 JUL 2018
 07:47

Agua de Teresina

MATRICULA		1492467		151500129	
FORAMEN		NES/ANO		5/2018	
VALOR ANUAL		31,45			
VALOR ANUAL		31,45			



**** AVISO DE DÉRIVÉ ****

Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) acima.
Neste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2600. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados na próxima fatura.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
04/2018	10/05/18	31,45			
03/2018	09/04/18	31,45			
02/2018	10/04/18	31,45			
01/2018	08/03/18	31,45			
12/2017	08/01/18	31,45			



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Raimundo Kennedy Oliveira dos Santos

RG nº 3.600.878, data de expedição 5/02/2017

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 Pq do Sol N: 1701, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Francisco Gabriel Soares Pereira cujo o condutor era

Moisés Antonio Soares dos Reis.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA CG 150 TITAN EX

Ano: 2014

Placa: PIG 3395

Chassi: 9C2KC1660ZK055819

Data do Acidente: _____

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

Raimundo Kennedy Oliveira dos Santos

Assinatura do Declarante

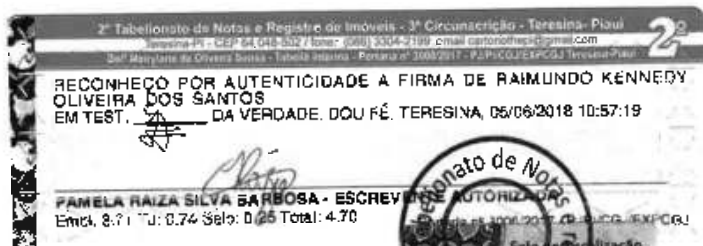


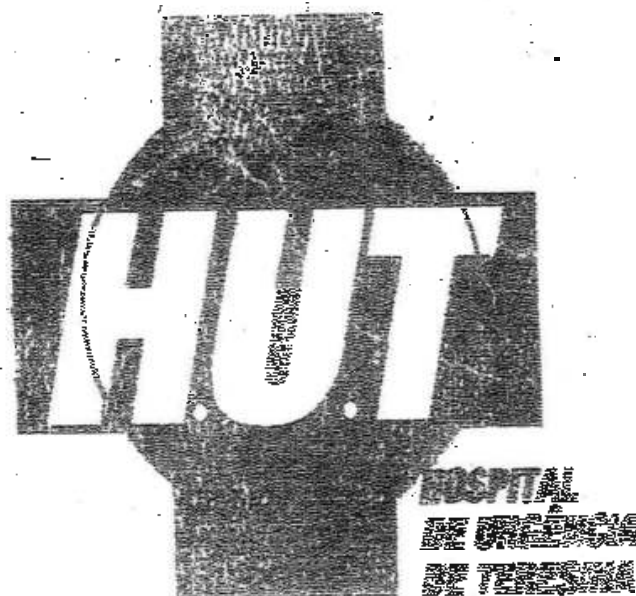
2º OFÍCIO

Moisés Antonio Soares dos Reis

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

1 JUL 2018





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 - Adsonção - Fone: 36 3225 4072
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.522.917/0002-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imprimir em papel A4
para melhor visualização

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA		Prontuário: 462591
Mãe: ERISSAIDA PEREIRA SANTOS	Pai: ERISSAIDA PEREIRA SANTOS	
End. Resid.: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 16/11/2003	Idade: 14a:4m:16	Sexo: Masculino Fone: -
Responsável: O MESMO	CNS: 701905293890773	
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	Convênios: -	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

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

Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

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:	Flo Gabriel Soares Peres	PRONTUÁRIO Nº:	462594
DIAGNÓSTICO:	frat. de clavicula D	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	bloqueo + genl	Nº DA SALA:	28 Frontiers
CIRURGIÃO:	João Tse	CPF Nº:	TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM-PI 2660 S60T 10705
AUXILIAR:	Mauro Lima	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: 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- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL 12	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	—		crepom	med	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletrodo		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escova		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON n: 30	unid	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL n: 0		01		CIRCULANTE:			
PROLENE							



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



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente			Francisco Gabriel Soares Pereira		
Diagnóstico pré-operatório			frat. clavícula ①		
Operação - Tipo			osteossíntese de clavícula		
Cirurgião			Lau Tse		
2º Assistente			1º Assistente Thelmo Lima R3		
Instrumentador			3º Assistente		
Anestésico(a)			Anestesia		
Data da Operação			Início		Fim
22/03/18					
Diagnóstico pré-operatório					
frat. de clavícula ①					
Relatório imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
<p>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</p> <p>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>Paciente em DDH, colocação de placa, selo bloqueio + gesso</p> <p>Assepsia, antissepsia e campos estéril</p> <p>Incisão transversal sobre clavícula ①</p> <p>Exatidão por placas</p> <p>Redução cruenta da fratura</p> <p>Fixação c/ placa + parafusos</p> <p>Síntese por placas</p> <p>Tipificação</p>					





PRESCRIÇÃO MÉDICA



20

PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
<p>NOME DO PACIENTE Franco Gabriel S. Pereira</p> <p>DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES A Chuvosa</p>				
<p>PREScrição Médica DATA: 21/03/2018 HORA: 18h FARMACIA: Parafarmácia</p>				
<p>ALERGIAS</p>				
<p>HORÁRIO</p>				
<p>OBSERVAÇÕES</p>				
<p>18.30 - Paciente retornou do CC - pm realizar procedimentos. Solidificação dieta Largado de uso Tótes Enfermeira COREN-PI 484.721</p>				
<p>24h. P-A 96 x 49 mmHg, 36.4°C P-58 bpm T. 36.4°C Lab. Positivo para HIV rec. clonazepam COREN-PI 67717</p>				
<p>06h. P-A 107 x 62 mmHg P-66 bpm T. 35.5°C Lab. Positivo para HIV Téc. Enfermeira COREN-PI 627815</p>				

Mod: 007



TAL DE

PRESCRIÇÃO: A LUTA

MÉDICO ASSISTENTE

OBSERVAÇÕES

ENF. OU AP LEITO

EXT. 2

236

21

caipòno

50

14

CONCLUSIONS

163591

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DI : 20/03/2018 FRAT. DE CLAVICULA D

F0 vom aspietale
Häutchen von mullura des quardio. chemo.

Dieta oral livre

elco salinizado

Ranitidina 50mg 01 amp + AD EV 8/8hs

01 3000 + AD EV 6/6hs

09 0000 : A0 EV 17 19 36

三
十
二

1

Cuidados gerais e sinais vitais

CONFIDENTIAL

Dr. Yun Jivago Falk
Orthopedist/Neurologist
2000 2nd Ave. N.E. #200
Seattle, WA 98105

Dr. Giordano Cronemberger / Dr. Yuri Jivago Felix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM3145-TEC7110129	/	CRMPI230R	/	CRM376B-TEC711305	/	CRM3367
--------------------	---	-----------	---	-------------------	---	---------

100

1. *Not for publication*

• **•**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:41:50

<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810415040300000012886565>

Número do documento: 20120810415040300000012886565

Num. 13624307 - Pág. 20



PRESCRIÇÃO MÉDICA



fronte

NOME DO PACIENTE Fw Gabriel Soares Pereira	PRONTUÁRIO 462591	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT 236	LEITO EXT.
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES fr. t. elétrica ①	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: 22/03/18 HORA: 15:45	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
<p>Ediano Nogueira NUTRICIONISTA CRN: 3716</p> <p>① Diete Lwne ② SFO, 91 - 500 ml, CV, 1717g ③ Cefalox Hmc 1g - 1 comp + AD, CV, 666L ④ Dipiridone 500 mg/ml - 1 comp + AD, CV, 666L ⑤ Folic 20 mg - 1 comp + AD, CV, 1879g ⑥ Placril - 1 comp + AD, CV, 818g, Suu ⑦ SSWT + CC 666L</p>	<p>15:45 - Paciente admitido nos ta clínica procedente do SRPA Av. Pôr do Sol de Fát. de Oliveira D. Paciente admitido, apresenta diálogo. Nega outras doenças deixar e comorbidades. N. e seu estado atual de saúde</p>	<p>15:45 - Paciente confiante todo e físico, sinais vitais estáveis, T = 36°C, PA = 120x80mmHg suavemente</p>			

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

psISTEMATIZAÇÃO 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 () RAQUEL () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA CLAVICULA - D CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>131/87</u>	<u>121/85</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>81</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u> </u>	<u> </u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u> </u>	<u> </u>
NOME/MATRÍCULA	<u>Salute</u>	<u>Salute</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta vívido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u>10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20</u>		

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasogástrica
ml	hs	ml	hs		
ml	hs	ml	hs		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:10 Admitido no SRPA em POU de tto cirurgico para fratura
tubo em clavicular D. sob efeito do bloqueio + geral. Sonda
expansão, respirando em ambiente. Fu com curativo limpo.
13:50 - segue estável, o queixas. liberado da ORPA.

RAIO X REALIZADO
 DATA 03/03/2018
 HORA 13:50

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA 03/03/2018
 Anestesiologista

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

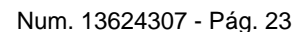
STO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 14 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () PORT () NEU () CIR () MED



DE URUGUAY
DE ZERTESOMA

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3218 3443
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 RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64006-000
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: 1018998 Convênio: S U S

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.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Jane Vilma de Lima Dias de Souza
Médico - 08/12/2020
CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal De Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS



15.022.01960309

Comitê do Estabelecimento Solicitante

Dr. Zenon Rorua

Rua Dr. Otton Lima, 1422 - Pq. S. ...

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)			
Nome do Paciente		Raça/Cor	
Nascimento	Idade	Sexo	RG / CPF
1 / 1	14	<input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Nome da Mãe		CEP	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Bairro		Complemento	
Município		UF / Fones	
Dados Clínicos			
Pq. operatório agendada 0			
Data: 1 / 1		Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde	
Dados da Agendamento			
Local do Atendimento			
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Nome do Profissional de Saúde			
Data e Hora do Comparecimento		Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento	
1 / 1 às		Claudia Melo Rios 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



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



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. Luís - Tm Pinheiro





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. Francisco



13624307

Comprovante de Agendamento

duo3551910100.0

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES

Cftr: d0c35604-60f98975-81c63199-f97c0d4

Cadastro: 23/03/2018 09:03:02 Emissão: 23/03/2018

Agenda: 11369377 Autorização: 5377411852

Usuario: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

Cartao SUS: 398002910417583 Nascimento: 15/11/2003

Telefone: (86)99812-1241

Município: TERESINA

Local de Atendimento: PRONTO SOCORRO DIRCEU ARCOVERDE II

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

Fones: (06)6321-5320 (08)2157-853

Profissional: BRUNO SOARES FREIRE

CBO: MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Qtde: 1

Comparecimento (Data, Hora): Terça, 3 de Abril de 2018 às 07:30

Apresente-se o comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Claudia Melo Rios

Aux. Administrativo

Hospital de Urgência de Teresina

Assinatura/Carimbo/Responsável pelo Agendamento



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.527.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA** (Prontuário: 462591)
Endereço: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 16/11/2003 Idade: 14a5m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210577
Requisição: 823768 Solicitação: 22/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1019534 Convênio: S U S 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 íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/04/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Yito 1820 - Redenção - Fone: 86 32 8 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA** (Prontuário: 462591)
Endereço: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREICAO - 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: S U S

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 Simone Lima Dias de Sousa
Médico Radiologista
CRM-PI 1577
CONFERÊNCIA E ASSINATURA



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

Nº LAUDO: 61020
AIH: 2218100156228

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES
5928856

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

CNES
5928856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO ESO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TOR - EDEMA + DEFICIT MOTOR, NESSECTA DE CIRCUNFERÊNCIA.

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S420 - FRATURA DA CLAVICULA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0498010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO Nº DO CONSELHO)

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
20/03/2018

ARTUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CPF: 64384314353

DATA ADMISSÃO
20/03/2018 17:07

DATA ALTA
23/03/2018 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	NOME EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
----------------------	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	--------------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRÔLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

HENRIQUE ALMEIDA FILHO
CPF: 05509921334

CRM:

DATA ANÁLISE: 20/03/2018 18:18:42

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.991.402 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/12/13

NOME FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

FILIAÇÃO ERISNALDA PEREIRA SANTOS
MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 16/11/2003

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 722 L A-3 F 122
EXP TERESINA-PI 12/01/04

TERESINA - PI 074.197.983-70 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Francisco gabryel soares pereira
0301480

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010840897089
0120140182635 77883469018

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
20390153e87577cbb56a5d4082101241a515388951f

VIA 1 COD. RENAVAM 01195007644 RNTRO

NOME/ENDEREÇO
RAIMUNDO KENNEDY OLIVEIRA DOS SA
NTOS
QD-55 CR-2B CJ RENASCENCA 00000
RENASCENCA PI

CPF/CNPJ 04874237398 PLACA FIG-3995

NOME ANTERIOR
SOL NASCENTE MOTOS LTDA

PLACA ANT/LP CHASSI 9C2KCL660ER055819

ESPÉCIE TIPO FAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 02P/0140CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

OBSERVAÇÕES
0 PBT: 000.29

ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

LOCAL TERESINA DATA 20/08/2014

SENA BARBOSA DE CARVALHO ALENCAR
DIRETOR GERAL DE DETRAN - PI

CORRETORA
DE SEGUROS
11 JUL 2018
EDVAT



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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 20/03/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GABRYEL
SOARES PEREIRA

CPF de: Próprio

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

ERISNALDA PEREIRA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

