

Browser tabs: Email - Alana L., Controle de d..., Mensagens, Sistema SAJ, Consulta proc..., 0800386-72.20, (30) WhatsApp

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=252361&ca=9f82eec17e5f79dba15d7a8acb571edae...

Page Header: PJEC 0800386-72.2019.8.18.0060  
JOAO BOSCO DE ANDRADE X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...


Page Title: 13923177 - CONTESTAÇÃO (2775911 CONTESTACAO 02)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 29/12/2020 09:49:11

Left Panel (29 Dec 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 13923176 - CONTESTAÇÃO
    - 13923177 - CONTESTAÇÃO (2775911 CONTESTACAO 02)
    - 13923178 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 13923179 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 13923180 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
    - 13923181 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main Content:

2775911 - CSJ/ 2020-04660/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE LUZILANDIA/PI

Processo: 08003867220198180060

Taskbar: Windows 10 icons, System tray: PT, 09:49, 29/12/2020



Número: **0800386-72.2019.8.18.0060**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Luzilândia**

Última distribuição : **21/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 24.789,62**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO BOSCO DE ANDRADE (AUTOR)		DENIS GOMES MOREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13923 178	29/12/2020 09:49	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190166542**

**Vítima: JOAO BOSCO DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 06/05/2015**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOAO BOSCO DE ANDRADE**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13986828

Pag. 015667/01568 - carta\_01 - INVALIDEZ

00040784





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 26 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190166542**

**Vítima: JOAO BOSCO DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 06/05/2015**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOAO BOSCO DE ANDRADE**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 00975/00976 - carta\_04 - INVALIDEZ

00060468



Carta nº 14001413



Autorizacao de pagamento



BANCO DO BRASIL S.A.

05/12/2017 - ALTO-ARRENDAMENTO - 10.130,05  
0025573268

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0255-0 CONTA: 10.149-X  
CLIENTE: JOAO BOSCO DE ANDRADE

HISTORICO DOJUM. VALOR  
--- 17/05/2017-----  
Saldo Anterior 910  
--- N A O H A L A N C A M E N T O S ---

Juros \* 0,00  
Data de Debito de Juros 01/09/2017  
ICF \* 0,00  
Data de Debito de ICF 01/09/2017

\*Apurados de acordo com o somatorio dos saldos  
devedoras diários no mes anterior ao debito.

Você pode efetuar saques e pagar sua contas  
nos Corredores, onde voce conta com atendimento  
em horario ampliado para serviços bancarios

OBSECAOES:

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



**RECEBIDO**  
**17 OUT 2017**  
**GRUPO SEGURADOR**  
**BBMAFPRE**

**EXTRATO BANCO DO BRASIL S.A.**  
**15/08/2017 - ALTO-ATENDIMENTO**  
**1025513268**

**EXTRATO CONTA CORRENTE - PARAFIMPLES CONFERENCIA**  
**AGENCIA: 0255-0 CONTA: 18.149-X**  
**CLIENTE: JOAO BOSCO DE ANDRADE**

**HISTÓRICO: 17/05/2017**  
**Saldo Anterior 8,913**

**Juris \* 2,00**  
**Data de Débito de Juris 01/09/2017**  
**Data de Débito de JCP 01/09/2017**

**\*Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao débito.**

**Você pode efetuar saques e pagar suas contas nos Correios, onde você conta com atendimento em horário ampliado para serviços bancários.**

**OBSEVAÇÕES:**

**Leia no verso como conservar este documento entre outras informações.**





**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

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

Nome completo <b>JOAO BOSCO DE ANDRADE</b>		CPF titular da conta <b>138.861.853-20</b>	Profissão <b>PESCADOR</b>
Endereço <b>CONJUNTO SÃO DOMINGOS</b>		Número <b>06</b>	Complemento <b>QUADRA - Q</b>
Bairro <b>SÃO DOMINGOS</b>	Cidade <b>LUZILÂNDIA</b>	Estado <b>PELUF</b>	CEP <b>64.160-000</b>
Email <b>AJP-ANDRADE@HOTMAIL.COM</b>		Telefone (DDD)	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input 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 POUPOANÇA (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 type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	DIV. <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>	DIV. <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
BANCO Nome <b>JOAO BOSCO ANDRADE</b> NRO. <input type="text"/>		AGÊNCIA NRO. <b>0255-0</b> DIV. <b>04.18</b> CONTA NRO. <b>13.449-X</b> DIV. <input type="text"/>	
(Informar dígito se existir)		(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.

LUZILÂNDIA 06 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

*João Bosco de Andrade*  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**RECEBIDO**

22 MAR 2018

GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE

FAPPE.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA CIDA DE LUZILÂNDIA-PI

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO Nº 210/2015

**CERTIFICO**, como me faculta a Lei, e atendendo Registro de Ocorrência da parte interessada, que revendo os livros de registros e arquivos desta Delegacia de Polícia Civil encontrei no Livro de Registro de Ocorrência de Trânsito nº 01/2015/DPL, na folha de nº 097 a ocorrência de nº. 210/2015, com o seguinte teor:

1. **NATUREZA:** ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTO).
2. **LOCAL:** Conj. 87 DNOCS zona rural de Luzilândia/PI.
3. **DATA DO FATO:** 06/05/2015. Horário: 05h30min.
4. **DATA DO REGISTRO:** 13/10/2015. Horário: 11h13min.
5. **VÍTIMA:** JOÃO BOSCO DE ANDRADE RG 237.476 SSP/PI, CPF 138.861.853-20, brasileiro, cearense, natural Bela Cruz/CE, pescador, solteiro, maior, nascido em 01/09/1956, filho de Maria Leocádia do Carmo e de José Francisco de Andrade. Residente no conj. José Martins Filho Q-F, C-32, Luzilândia/PI.

### HISTÓRICO

A vítima compareceu nesta DP para informar que no local, data e horário acima mencionado, quando trafegava na motocicleta **YAMAHA/FACTOR, ANO E MODELO 2008/2009, COR AZUL, PLACA NIM-2220, RENAVAL 00990388239, CHASSI 9C6KE122090020195**, licenciada em nome de **SUYANE PONTES DE ANDRADE**. Quando vinha do Bico do Patú, com destino ao cidade de Luzilândia/PI, que ao chegar no Conj. 87 DNOCS zona rural de Luzilândia/PI, bateu em um animal (jumento), desequilibrou e caiu, foi socorrido por terceiros e levado para Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI, tendo sofrido **TCE COM FRATURA E FRATURAS NO PUNHO DEDO**. Transferido para HUT em Teresina/PI. Conforme extrato em anexos.

O referido é verdade e dou fé.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia/PI, 13 Outubro de 2015.

n.º 7

Bel. **MAIKON KAESTNER**

Delegado de Polícia Civil

**Certário João Melo de Carvalho**  
JOSE DE ARIMATEA SILVA E SOUSA - TABELIAO  
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE REGISTROS GERÁIS  
RUA JOSÉ MARTINS FILHO, 32 - ZONA RURAL - LUZILÂNDIA - PI - CEP: 64.800-000  
TEL: (86) 3333-1237

CONFIRO QUE A PRESENTE COPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDO  
NOTA: EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. LUZILÂNDIA, 24/05/2017 13:05:18

JOSE DE ARIMATEA SILVA E SOUSA - TABELIAO  
E-mail: 1332 - Rua José Sello, 0 - 22 - Teresina - PI

**RECEBIDO**  
17 OUT 2017  
GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE REGISTROS GERÁIS**  
de Luzilândia - PI  
José de Arimatea Silva e Sousa  
AUTENTICAÇÃO  
488 75786







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE LUZILÂNDIA/PI



## DECLARAÇÃO

O **BEL. MAIKON KAESTNER** - Delegado de Polícia Civil, no uso de suas atribuições legais etc.;

### RESOLVE:

**JOÃO BOSCO DE ANDRADE** RG 237.476 SSP/PI, CPF 138.861.853-20, brasileiro, cearense, natural Bela Cruz/CE, pescador, solteiro, maior, nascido em 01/09/1956, filho de Maria Leocádia do Carmo e de José Francisco de Andrade. Residente no conj. José Martins Filho Q-F, C-32, Luzilândia/PI.

Certifico para os devidos fins necessários, que a vítima acima qualificada, que após ter sofrido acidente de trânsito em **06/05/2015**, e ter atendimento no **Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI**, levados por terceiros que o socorreram.

Não teve atendimento pré-hospitalar na ocasião da ocorrência (acidente de trânsito) em virtude de nesta cidade e municípios circunvizinhos, como Joca Marques, Morro do Chapéu, Joaquim Pires, Madeiro, Matias Olímpio e Esperantina - PI, não existir serviço de atendimento do tipo **SAMU, CORPO DE BOMBEIRO e ANJOS DO ASFALTO**.

**CERTIFICAR**, como lhe faculta a lei e atendendo a requerimento verbal da parte interessada, que após averiguações, ficou constatado que nesta cidade de Luzilândia-PI e municípios circunvizinhos (supracitados), não existe **INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML**, órgão existente apenas nas cidades de Teresina e Parnaíba.

O referido é verdade e dou fé.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia - PI, 13 de Outubro de 2015.

*M.K.*

**Bel. Maikon Kaestner**  
Delegado de Polícia Civil



Cartório João Melo de Carvalho

JOSE DE ARIMATEA SILVA SOUSA - TABELIÃO

BL. PARANAGUÁ, 100 - JARDIM SÃO FRANCISCO - LUIZLÂNDIA - FONE: (41) 3013-1000

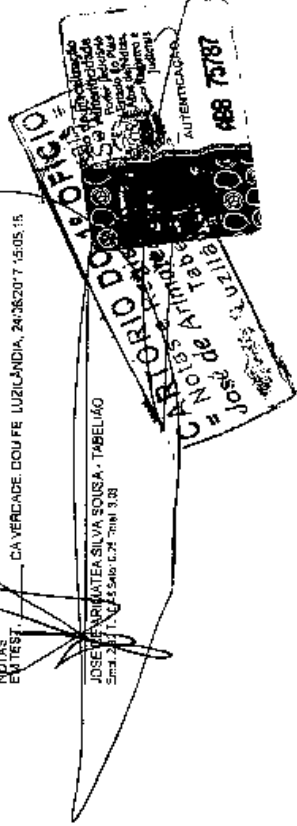
GRATIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS

NOTAS EM TESTE DA VERDADE. DOU FE LUIZLÂNDIA, 24/08/2017 15:05:15.

EM TESTE

JOSE DE ARIMATEA SILVA SOUSA - TABELIÃO

CPF: 031.124.540-07 - TITULO 3.028





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA CIDADE DE LUZILÂNDIA-PI

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO Nº 210/2015**

**CERTIFICO**, como me faculta a Lei, e atendendo Registro de Ocorrência da parte interessada, que revendo os livros de registros e arquivos desta Delegacia de Polícia Civil encontrei no Livro de Registro de Ocorrência de Trânsito nº 01/2015/DPL, na folha de nº 097 a ocorrência de nº. 210/2015, com o seguinte teor:

1. **NATUREZA:** ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTO).
2. **LOCAL:** Conj. 87 DNOCS zona rural de Luzilândia/PI.
3. **DATA DO FATO:** 06/05/2015. Horário: 05h30min.
4. **DATA DO REGISTRO:** 13/10/2015. Horário: 11h13min.
5. **VÍTIMA:** JOÃO BOSCO DE ANDRADE RG 237.476 SSP/PI, CPF 138.861.853-20, brasileiro, cearense, natural Bela Cruz/CE, pescador, solteiro, maior, nascido em 01/09/1956, filho de Maria Leocádia do Carmo e de José Francisco de Andrade. Residente no conj. José Martins Filho Q-F, C-32, Luzilândia/PI.

**HISTÓRICO**

A vítima compareceu nesta DP para informar que no local, data e horário acima mencionado, quando trafegava na motocicleta **YAMAHA/FACTOR, ANO E MODELO 2008/2009, COR AZUL, PLACA NIM-2220, RENAVAL 00990388239, CHASSI 9C6KE122090020195**, licenciada em nome de **SUYANE PONTES DE ANDRADE**. Quando vinha do Bico do Patú, com destino ao cidade de Luzilândia/PI, que ao chegar no Conj. 87 DNOCS zona rural de Luzilândia/PI, bateu em um animal (jumento), desequilibrou e caiu, foi socorrido por terceiros e levado para Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI, tendo sofrido **TCE COM FRATURA E FRATURAS NO PUNHO DEDO**. Transferido para HUT em Teresina/PI. Conforme extrato em anexos.

O referido é verdade e dou fé.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia/PI, 13 Outubro de 2015.

n.º 7

Bel. **MAIKON KAESTNER**  
Delegado de Polícia Civil

**Certário João Melo de Carvalho**  
JOSÉ DE ARIMATEA SILVA E SOUSA - TABELIÃO  
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE REGISTROS GERÁIS  
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE REGISTROS GERÁIS  
RUA JOSÉ MARTINS FILHO, 332 - JARDIM BELA CRUZ - LUZILÂNDIA - PIAUÍ - CEP: 64.700-000  
FONE: (88) 3333-1234

JOSÉ DE ARIMATEA SILVA E SOUSA - TABELIÃO  
FONE: 3333-1234 - B. Bela Cruz - Luzilândia - PI





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE LUZILÂNDIA/PI



## DECLARAÇÃO

O **BEL. MAIKON KAESTNER** - Delegado de Polícia Civil, no uso de suas atribuições legais etc.;

### RESOLVE:

**JOÃO BOSCO DE ANDRADE** RG 237.476 SSP/PI, CPF 138.861.853-20, brasileiro, cearense, natural Bela Cruz/CE, pescador, solteiro, maior, nascido em 01/09/1956, filho de Maria Leocádia do Carmo e de José Francisco de Andrade. Residente no conj. José Martins Filho Q-F, C-32, Luzilândia/PI.

Certifico para os devidos fins necessários, que a vítima acima qualificada, que após ter sofrido acidente de trânsito em **06/05/2015**, e ter atendimento no **Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI**, levados por terceiros que o socorreram.

Não teve atendimento pré-hospitalar na ocasião da ocorrência (acidente de trânsito) em virtude de nesta cidade e municípios circunvizinhos, como Joca Marques, Morro do Chapéu, Joaquim Pires, Madeiro, Matias Olímpio e Esperantina - PI, não existir serviço de atendimento do tipo **SAMU, CORPO DE BOMBEIRO e ANJOS DO ASFALTO**.

**CERTIFICAR**, como lhe faculta a lei e atendendo a requerimento verbal da parte interessada, que após averiguações, ficou constatado que nesta cidade de Luzilândia-PI e municípios circunvizinhos (supracitados), não existe **INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML**, órgão existente apenas nas cidades de Teresina e Parnaíba.

O referido é verdade e dou fé.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia - PI, 13 de Outubro de 2015.

*M.K.*

**Bel. Maikon Kaestner**  
Delegado de Polícia Civil



Cartório João Melo de Carvalho

JOSE DE ARIMATEA SILVA SOUSA - TABELIÃO

BL. PARANÁ, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - LUIZLÂNDIA - SC - CEP: 89.100-000

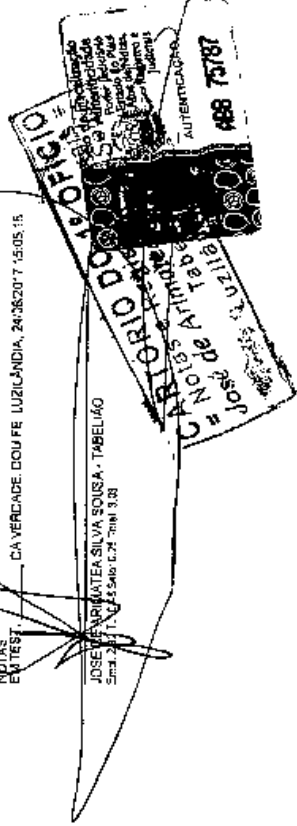
GRATIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS

NOTAS EM TESTE DA VERDADE. DOU FE LUIZLÂNDIA, 24/08/2017 15:05:15

EM TESTE

JOSE DE ARIMATEA SILVA SOUSA - TABELIÃO

CPF: 031.124.540-07 - TITULO 3.028



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, JOÃO BOSCO DE ANDRADE, portador da carteira de identidade nº 237.476 SSP/P e inscrito no CPF/MF sob o nº 138.861-853-20, residente e domiciliado na CONJUNTO SÃO DOMINGOS C-06 A-Q, Cidade LUZILÂNIA, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

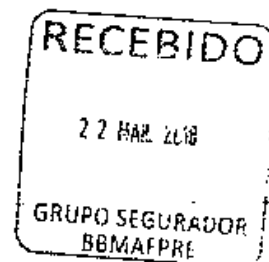
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

LUZILÂNIA - 06 - DE DEZEMBRO 2017

Local e data





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 9872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Comprovação de ato declaratório



SUS

Imp: 20/07/2015 09:29:56  
(PÁSSIA)

## FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOAO BOSCO DE ANDRADE		Prontuário: 77490	
Mãe: MARIA LEONARDA DO CARO		Pai: JOSE FRANCISCO DE ANDRADE	
End. Resid.: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI - CEP: 64160-970			
Nascimento: 01/09/1956	Idade: 58a: 8m: 5d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 8101-7292
Responsável: SUIANE ANDRADE	CNS: 898002391388871		
Profissão: PESCADOR	Documento: RG: 237466 - SSPPI		
C. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)		
End. Local: - - -			

### DADOS DO ACOLHIMENTO:

Código: 469564	Data: 06/05/2015 21:24:54	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO POR TRACÇÃO ANIMAL		Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não	Trauma: Não
Maua Tratam: Não			

### BREVE HISTÓRIA:

PACIENTE REGULADO. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM COLISÃO COM ANIMAL. SEM USO DE CAPACETE. EVOLUI COM TRAUMA E LESÃO NA CABEÇA, NO TORAX E EM MSD. HÁ +- 19H. ECG: 15.

HUT - SANE  
COMPARTILHADO  
TERESINA - PI  
20/07/15  
SENTER

<b>A - VAS:</b>		<b>B - RESPIRAÇÃO:</b>		<b>C - CIRCULAÇÃO:</b>	
Sinais de Oclusão:		Estado Atual:	Cianose:	SaPO2:	FC: /w

<b>E - NEUROLÓGICO:</b>						
ECG - AO:	RV:	RN:	Soma:	Pupilas:	Piegias/Foreresia:	Membr:
			0			

<b>F - SINAIS VITAIS:</b>						
PA:	TAX:	FR:	FSO:	Glic. Capilar:	Escala de Dor:	

<b>D - ALERGIAS:</b>		<b>RECEBIDO</b>
(Descreva se informado):		

<b>G - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO:</b>		<b>I - CLASSIFICAÇÃO:</b> 17 HUT 2017
(Descreva se informado):		

<b>H - DESTINO:</b>		<b>GRUPO SEGUADOR</b> BBMATPRE
(Descreva se necessário):		
CONSULTORTO GERAL		

Carimbo/Assinatura Profissional



Comprovante de residência



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.742/0001-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA 2687297-8		Hidrometro A111263397		Período de AGO/2017	
Nome/Razão Social/Endereço ALLAN JONES P DE ANDRADE CON SAO DOMINGOS, Q---Q CASA-0006 SAO DOMINGOS LUZILANDIA 64160000					AG= 155
Situação Ativa/Inativa 3/1		Categorias de Uso Res. Loc. Ind. Pub. 1		Inscrição 58 2 06 0869 0035-000	
Período de Cobrança 26/07/2017		Período de Consumo 24/08/2017		Dígitos Complementares 29	
Histórico de Consumo			Forma de Faturamento		
Mês/Ano	Letras	Consumo	Ocios.	FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO	
02/17	161	9	0	Cód. Responsável	
03/17	161	0	0	00000000	
04/17	174	13	0	Código de Tarifa	
05/17	180	6	0	01	
06/17	188	8	0	Consumo Móvel	
07/17	193	5	0	Consum. Fixo Água	
08/17	203	10	0	Consum. Fixo Esgoto	
			Consumo		Consumo Faturado
			10		10
ORGANIZAÇÃO DA FATURA					
Cód. Nome do Serviço AGUA MANUTENÇÃO HIDROMETRO				Valor (R\$) 26,91 1,60	

VENCIMENTO 04/09/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 28,51

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 4 VALOR: R\$132,34  
CONFORME LET. FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30  
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetro	Unidade	Car.	Qtd	PH	Ferro	DBP/Turbid	Esp. Resíduo Coll
Valor Máximo Permitido	mg/l	+	5,0	6,0 a 12,0	0,3	Anexão	Anexão
NI Mínimo de Amostras Efetuadas							
NI Amostras Realizadas							
NI Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio			11,73	24,13	1,03	6,85	0,23
			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONCLUSÃO: PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEESTRUMENTE.							
RECOMENDAMOS: EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL							

AGESPISA Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888		Inscrição 58 2 06 0869 0035-000	AG= 155
Categorias de Uso Res. Com. Res. Pub. 1		Matrícula 2687297-8	Período de Fatura AGO/2017
VENCIMENTO 04/09/2017		TOTAL A PAGAR (R\$) 28,51	
A7610000000-7 28510001827-2 RA72492807000-1 170000000001-9			

RECEBIDO  
17 OUT 2017  
GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE







Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SUYANE PONTES DE ANDRADE,  
RG nº 29.946.971-2 data de expedição 23/03/2014  
Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 708.243.553-34, com  
domicílio na cidade de LUZILÂNDIA, no Estado de  
PIAUÍ, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA OLEGARIO PINHEIRO nº 588  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vitima JOÃO BOSCO DE ANDRADE cujo o condutor era  
JOÃO BOSCO DE ANDRADE

Veículo: MOTO  
Modelo: YAMAHA FACTOR YBR125K  
Ano: 2008  
Placa: NIM-2220  
Chassi: 9CGKE122090020195  
Data do Acidente: 06/05/2015  
Local e Data: LUZILÂNDIA 06 DE DEZEMBRO 2017



Suyane Pontes de Andrade  
Assinatura do Declarante  
(com reconhecimento de assinatura por verdadeira ou autenticidade)

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

Cartório João Melo de Carvalho  
JOSE DE ARIMATEA SILVA E SOUSA - TABELIÃO  
CPF: 02.733.882.004-01 - OAB: 07.8043  
Rua Sargento Galvão, Centro - nº 27, Luzilândia - PI, tel. (33) 3281177

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SUYANE PONTES DE ANDRADE,  
EIA 156T. DA VERDADE DO PE LUZILÂNDIA, 05/12/2017 15:10:05

JOSE DE ARIMATEA SILVA SOUSA - TABELIÃO  
EIA 156T. 273540 D.Z. 7041 4 07

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO**  
de Notas e Registros Gerais  
José de Arimatea Silva e Sousa  
Tabelião  
Luzilândia - PI

PODER  
VINDO DO  
CONTEÚDO  
AUTENTICIDADE  
Luzilândia - PI  
REGISTRO GERAL

Field de Fiscalização  
e Autenticidade  
Poder Judiciário  
Estado de Piauí  
Luzilândia - PI  
Registro e  
Judiciais  
RECONHECIMENTO  
DE FIRMA  
YAM 80447

RECEBIDO  
22 MAR 2018  
GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011121465964  
0120150081558 16596866709

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO  
162200555bba657655b43902d67d120ba7382032015

VIA 1 DO990358239

ENDEREÇO  
SUYANE FORTES DE ANDRADE  
CONJ RES JACINTA ANDRADE 300018  
STA MARIA DA CODIPE QD 139 PI

70824355334 PLACA NEM-2220

EDENIR ROSA RAMOS

PC6KE122090020195

ESP/OC TIPO PAS/MOTOCICLO/NEUTAMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K ANO FAB 2008 ANO MOD 2009

CAP/POT/CIL 02P/0124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

RESERVAÇÕES  
0 FBT: 000.32  
SEM RESTRICOES

TERESINA LOCAL DATA 16/03/2015

DETRAN - PI

RECEBIDO

22 MAR 2015

GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPR





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: João Bosco de Andrade

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 77490



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



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DO S.P.S.**

**GOB** GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
 SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ  
 HOSPITAL ESTADUAL GERSON CASTELO BRANCO  
 LUZILÂNDIA - PI

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Ednan Soares Coutinho Data de Nascimento: 29/12/2000  
 Profissão:  
 Pai: Mauro Thome Soares de Oliveira Sexo:  Masc  Fem  
 Mãe: Luciene Aparecida de Moraes  
 Endereço: Camp. Moura, Cruzandina, V. Mo Estado: PI  
 Município: Luizilândia Registro:  
 Nº CNS

**DADOS SOBRE O ATENDIMENTO**

Data do Atendimento: 06/10/2017 Hora:  
 Motivo do Atendimento e Descrição do Exame Clínico:  
Acidente vascular cerebral no cerebelo

**RECEBIDO**  
 17 OUT 2017  
 GRUPO SEGUADOR  
 BSMAPRE

DIAGNÓSTICO  
 CID Principal

**TRATAMENTO REALIZADO**

DIAGNÓSTICO:  
 OPEREÇÃO:  
 CÓDIGO:

**MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS**

LIDOCAINA:	SORO FISIOLÓGICO:
SERINGA COM AGULHA:	ATADURA DE CREPON:
LÂMINA DE BISTURI Nº 5:	H2O2:
LÂMINA DE BISTURI Nº 24:	ETER:
ESPARADRAPO:	PPPI TÓPICO:
LUVAS / PARES:	PPPI TÓPICO:
GASES O:	ALCOOL:

**FIO CIRÚRGICO**


ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL



EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS	

TRATAMENTO REALIZADO	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
CONSULTA BÁSICA.....>	<input type="checkbox"/>
AEROSOL.....>	<input type="checkbox"/>
DRENAGEM DE ABCESSO/FLEIMÃO.....>	<input type="checkbox"/>
RETRADA DE CORPO ESTRANHO.....>	<input type="checkbox"/>
PEQUENA CIRURGIA.....>	<input type="checkbox"/>
SUTURA SIMPLES.....>	<input type="checkbox"/>
SUTURA C/ DEBRIDAMENTO.....>	<input type="checkbox"/>
LIMPEZA DE FERIDA INFECTADA.....>	<input type="checkbox"/>
ELETROCAUTERIZAÇÃO.....>	<input type="checkbox"/>
TERAPIA MEDICAMENTOSA.....>	<input type="checkbox"/>
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO.....>	<input type="checkbox"/>

DATA <u>26.05.17</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	<i>[Handwritten Signature]</i>
<i>[Handwritten Signature]</i>	

**RECEBIDO**  
  
 17 OUT 2017  
  
 GRUPO SEGURADOR  
 BBMAFPRE



208.0023 9198.8873

**HEGCB** HOSPITAL ESTADUAL  
**GERSON CASTELO BRANCO**  
 LUZILANDIA - PI.



**BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE URGENCIA**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOOME DO PACIENTE:  
*Luiz Manoel de Andrade*

DATA DE NASCIMENTO: *01.08.1956*      PROFISSÃO:      SEXO: MASC.  FEM.

FILIAÇÃO: PAI: *José Francisco de Andrade*  
 MÃE: *Maria Luíza da Carmo*

ENDEREÇO: *57 C-32*  
*Rua José Maria Lima*

MUNICÍPIO: *Luizilândia*      ESTADO: *PI*      CEP: *64.160-00*

**DADOS SOBRE ATENDIMENTO**

DATA DO ATENDIMENTO: *08.05.15*      HORA:

**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

**DIAGNÓSTICO**

*paciente no 1º dia*

*paciente no 1º dia*





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1020 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 20/07/2015 DR:29:56  
 (KAS57A)

**FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> JOAO BOSCO DE ANDRADE		<b>Prontuário:</b> 77490	
<b>Mãe:</b> MARIA LEOCADIA DO CARO		<b>Pai:</b> JOSE FRANCISCO DE ANDRADE	
<b>End.Resid.:</b> QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI - CEP: 64160-970			
<b>Nascimento:</b> 01/09/1956	<b>Idade:</b> 58a:8m:5d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 86- 8101-7292
<b>Responsável:</b> SUIANE ANDRADE		<b>CNS:</b> 698002391388871	
<b>Profissão:</b> PESCADOR		<b>Documento:</b> RG: 237466 - SSPPI	
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Casado(a)	
<b>End.Local.:</b> - - -			

**DADOS DO ACOLHIMENTO:**

<b>Código:</b> 469664	<b>Data:</b> 06/05/2015 21:24:54	<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO POR TRACÇÃO ANIMAL			<b>Convênio:</b> S U S
<b>Acid.Trab.:</b> Não	<b>Caso Policial:</b> Não	<b>Pl.Saúde:</b> Não	<b>Trauma:</b> Não
<b>Maus Tratos:</b> Não			

**BREVE HISTÓRIA:**

PACIENTE REGULADO. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM COLISÃO COM ANIMAL. SEM USO DE CAPACETE. EVOLUI COM TRAUMA E LESÃO NA CABEÇA, NO TORAX E EM MSD.HÁ +- 19H.ECG:15.

HUT-SALMÉ  
 CONSULTORIO GERAL  
 TERESINA-PI  
 20.07.15  
 [Assinatura]

<b>A - VAS:</b>		<b>B - RESPIRAÇÃO:</b>		<b>C - CIRCULAÇÃO:</b>	
<b>Sinais de Obstrução:</b>	<b>Estado Atual:</b>	<b>Cianose:</b>	<b>SaPO2:</b>	<b>Pul.Carotídeo</b>	<b>Perf.Sangui.:</b>

<b>E - NEUROLÓGICO:</b>						
<b>ECG - AO:</b>	<b>RV:</b>	<b>RN:</b>	<b>Soma:</b>	<b>Pupilas:</b>	<b>Plegias/Parestesia:</b>	<b>Membro:</b>

<b>F - SINAIS VITAIS:</b>					
<b>PA:</b>	<b>TAX:</b>	<b>FR:</b>	<b>Pulso:</b>	<b>Glic.Capilar:</b>	<b>Escala de Dor:</b>

<b>D - ALERGIAS:</b>	
(Descreva se informado):	

<b>G - MEDICAMENTO DE USO CONTINUO:</b>	<b>I - CLASSIFICAÇÃO:</b>
(Descreva se informado):	17 OUT 2017

<b>H - DESTINO:</b>	<b>GRUPO SEGURADOR</b>
CONSULTORIO GERAL	BBMAPRE

**RECEBIDO**  
 17 OUT 2017  
 GRUPO SEGURADOR  
 BBMAPRE

Carimbo/Assinatura Profissional



## DADOS CADASTRAIS



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

Prontuario: <b>77490</b>
Internação: 133548

<b>Nome:</b> JOAO BOSCO DE ANDRADE				
<b>End. Resid.:</b> QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO				
<b>Cidade:</b> LUZILANDIA - PI			<b>CEP:</b> 64160-970	
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nascimento:</b> 01/09/1956	<b>Idade:</b> 58a:8m:6d	<b>Estado Civil:</b> Casado(a)	<b>Profissão:</b> PESCADOR
<b>Cadastro:</b> 15/06/2010	<b>G. Instrução:</b> Não informado	<b>Fone:</b> 86- 8101-7292	<b>Cartão SUS (CNS):</b> 898002391388971	<b>Documento:</b> RG: 237466 - SSPPI
<b>Pai:</b> JOSE FRANCISCO DE ANDRADE				
<b>Mãe:</b> MARIA LUCADIA DO CARO				
<b>Cônjuge:</b>				
<b>Responsável:</b> SUIANE ANDRADE				
<b>End. Responsável:</b> QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO LUZILANDIA - PI 64160-970				
<i>Carlo Augusto</i> Funcionário do SAME				

<b>OP:</b> <i>Acidente de trânsito por tração animal</i>
<b>H.D.A.:</b>
<b>ANT. PESSOAIS:</b>
<b>ANT. HEREDITÁRIOS:</b>
<b>EXAME FÍSICO:</b>
<b>GERAL:</b>
<b>CABEÇA E PESCOÇO:</b> <i>F.C. de nuca em 08.05.15 e 14.05.15</i>
<b>TÓRAX:</b> <i>F.C. de coluna toraco-lombas de 07.05.15.</i>
<b>ABDOMEN:</b>
<b>MEMBROS:</b> <i>fx. de mão, punho e ombro em 07.05.15.</i>
<b>GENITAIS:</b>
<b>ESPECÍFICOS:</b> <i>F.C. de coluna cervical em 07.05.15, coluna lombo-sacra</i>
<b>DIAGNÓSTICO:</b> <i>Outros traumatismos intra-crânianos. CID: S068</i>
<b>PLANO TERAPÊUTICO:</b> <i>Tratamento conservador de traumatismo crânioencefalico (grau médio). Procedimento: 0303040092</i>

**RECEBIDO**  
 17. OUT 2017  
 GRUPO SEGURADOR  
 BBMAFPRE

Data/Hora: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente







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

Prontuario:  
77490

Internação:  
133548

## BOLETIM DE FATURAMENTO

No. AIH: ? ID: 01 Pront.Novo/Antigo: 77490 - Dt. Internação: 07/05/2015 Órgão Local: Grupo do Procedimento: PROCEDIMENTO CLINICO

Nome Paciente:

JOAO BOSCO DE ANDRADE

Cod.Município: 220580 Endereço: QUADRA F CASA 32 Número:

Município: LUZILANDIA

UF: PI CEP: 64160-970

Cartão SUS: 698002391388871

Nascimento: 01/09/1956 Sexo: 1 Nac: Nome Responsável: SUIANE ANDRADE

Documento Paciente: RG: 237466- SSPPI-Exp: 21/01/1977 Enferm.: ENFERMARI Leito: EXTRA 001 CPF.Méd.Solic.: 788.537.703-25 Proc.Solic.: 0303040092 CI: 02 Dt.Emis.: ?

Nome da Mãe: MARIA LEOCADIA DO CARO

Dias SUS: 7 Dias Intern.: 7

Data Liberação: CPF - Auditor: 788.537.703-25

Médico Resp.: CBOs: 225260, CNS: 980016279872659

MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA - 788.537.703-25

1o. Aux.:

CNS:

Anestesiata:

CNS:

2o. Aux.:

CNS:

### Procedimentos Especiais (autorizados):

0205020046 ULTRASSONOGRAPIA DE ABDOMEN TOTAL - Quant.: 1

2007-15  
 RECEBIDO  
 17 OUT 2017  
 GRUPO SEGUADOR  
 BBMAFPRE

### Exames Realizados:

0206010079 T.C. DE CRANIO - Laudo?: Sim	0206010010 T.C. DE COLUNA CERVICAL - Laudo?: Sim
0204040035 OMOPLATA OU OMBRO - Laudo?: Sim	0204040094 MAO - Laudo?: Sim
0204040124 PUNHO - Laudo?: Sim	0204020034 COLUNA CERVICAL - Laudo?: Sim
0206010036 T.C. DE COLUNA TORACO-LOM - Laudo?: Sim	0206010010 T.C. DE COLUNA CERVICAL - Laudo?: Sim
0204020093 COLUNA TORACICA - Laudo?: Sim	0204020069 COLUNA LOMBO-SACRA - Laudo?: Sim
0206010079 T.C. DE CRANIO - Laudo?: Sim	

### Observações:

Proc.Realiz: 0303040092 AIB Posterior: Esp.: Data Saída: 14/05/2015 Diag.Princ.: S068 Diag.Sec.: Mot.Cob.: 12 CID.Morte:

Complexidade: Média Complexidade - Financiamento: MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC)

Habilitações:

Detalhes: Admite permanência à maior,

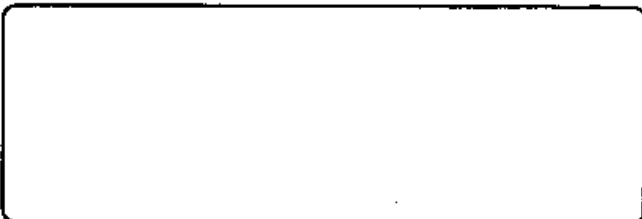
CBOs Compatíveis: 225103-Médico infectologista, 225105-Médico acupunturista, 225106-Médico legista, 225109-Médico nefrologista, 225110-Médico alergista e imunologista, 225112-Médico neurologista, 225115-Médico angiologista, 225118-Médico nutrologista, 225120-Médico cardiologista, 225121-Médico oncologista clínico, 225122-Médico cancerologista pediátrico, 225124-Médico pediatra, \*\* ATENÇÃO: Verifique mais CBOs compatíveis \*\*

Valor Proc. Realizado: Serv. Hosp.: 271,32 - Serv. Amb. 0,00 - Serv. Prof. 57,94





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**



**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>133548</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>JOAO BOSCO DE ANDRADE</b>	6 - Prontuário: <b>77490</b>		
7-CNS: <b>898002391388871</b>	8-Nascimento: <b>01/09/1956</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>237466- SSPPI-Exp:</b>
11-Mãe: <b>MARIA LEOCADIA DO CARO</b>	12-Fone: <b>86- 8101-7292</b>	14-Fone: <b>86- 8101-7392</b>	
13-Resp: <b>SUZANE ANDRADE</b>	15-Ende: <b>QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - CEP: 64160-970</b>		
16-Munic: <b>LUZILANDIA</b>	17-Cod.UBGE: <b>22 0580</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64160-970</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0303040092</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)</b>	
31-Cod.Procedi-mento Especial <b>0205020046</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL</b>	Quant. Soli-cidata: <b>1</b>
38-Profissional Responsável: <b>MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: <b>07/05/2015</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>788.537.703-25</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente com dor abdominal, necessita US para complementação diagnóstica.

20 de 10

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/UF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/UF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

**RECEBIDO**  
**17 OUT 2017**  
**GRUPO SEGRADOR**  
**REMAPPRE**

IKASSEAI





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNEJ: 05.522.917/0022-02

Página: 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE (Prontuário: 77490)**  
Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970  
Nascimento: 01/09/1956 Idade: 58a:9m:2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548  
Requisição: 527905 Solicitação: 07/05/2015 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA  
Controle: 667058 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 07/05/2015

**COLUNA CERVICAL**

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Ausência de fraturas.
- Sinais de artrose cervical.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/06/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 06 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)  
Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970  
Nascimento: 01/09/1956 Idade: 58a:8m:6d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548  
Requisição: 527968 Solicitação: 07/05/2015 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA  
Controle: 667137 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 07/05/2015

### T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- PROLIFERAÇÕES OSTEOFITÁRIAS INTERNAS NOS CORPOS DE C6 E C7, COM REDUÇÃO DO ESPAÇO DISCAL CORRESPONDENTE (ESPONDILOSE CERVICAL).
- UNCOARTROSE DE C6-C7 BILATERAL.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGRÓS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURALS AMPLOS.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 07/05/2015

**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Pág. 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO BOSCO DE ÁNDRADE (Prontuário: 77490)**  
Endereço: **QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970**  
Nascimento: **01/09/1956** Idade: **58a:9m:2d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **133548**  
Requisição: **527905** Solicitação: **07/05/2015** Solicitante: **MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA**  
Controle: **667060** Convênio: **S U S** CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204020069

Data Exame: 07/05/2015

**COLUNA LOMBO-SACRA**

O estudo radiológico da coluna Lombo-sacra foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- Diminuição da densidade óssea.
- Colapso parcial dos corpos vertebrais de T8, L1 e L4.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/06/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

IMPRESSÃO  
CONTROLE  
INTERVALO  
RESERVAÇÃO  
20/07/15  
9





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tilo 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE (Prontuário: 77490)**  
 Endereço: **QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970**  
 Nascimento: **01/09/1956** Idade: **58a:8m:6d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **133548**  
 Requisição: **527918** Solicitação: **07/05/2015** Solicitante: **FREDERICO ARAUJO LEITE**  
 Controle: **667072** Convênio: **S U S** CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010036

Data Exame: 07/05/2015

**T.C. DE COLUNA TORACO-LOMBAR**

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5MM DE ESPESURA E 4MM DE INCREMENTO, DE T1 A T12, MOSTROU:

- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA.
- PROLIFERAÇÕES OSTEÓFITÁRIAS ANTERIORES E BILATERAIS NOS CORPOS DE T7, T8 E L1 A S1, COM REDUÇÃO DOS ESPAÇOS DISCAIS DE L1-L2 E L5-S1. OBSERVA-SE A FORMAÇÃO DO FENÔMENO DO VÁCUO DISCAL EM L3-L4, L4-L5 E L5-S1, DE CARÁTER DEGENERATIVO (ESPONDILODISGOPATIA DEGENERATIVA TÓRACO-LOMBO-SACRA).
- FRATURAS COMPRESSIVAS DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T8 E L1.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES NORMAIS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/05/2015

**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
 CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
 Profissional Responsável

IMPRESSÃO DE  
 CONTROLO DE  
 TEMPO DE  
 SERVIDOR  
 2007.15

**RECEBIDO**  
 17 OUT 2017  
 GRUPO SEGUADOR  
 BBMAFRE





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Página 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE (Prontuário: 77490)**  
Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970  
Nascimento: 01/09/1958 Idade: 58a:8m:13d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548  
Requisição: 529883 Solicitação: 14/05/2015 Solicitante: REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR  
Controle: 669471 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/05/2015

**T.C. DE CRANIO**

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

**RELATÓRIO:**

- FRATURA CRANIANA FRONTAL À ESQUERDA, ESTENDENDO-SE PARA ÓRBITA E LÂMINA PAPIRÁCEA CORRESPONDENTES.
- HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL À ESQUERDA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS COM HALO DE EDEMA, LOCALIZADAS NO LOBO FRONTAL ESQUERDO E TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/05/2015

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/002 2-02

Página 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)  
Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970  
Nascimento: 01/09/1956 Idade: 58a:8m:7d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548  
Requisição: 526254 Solicitação: 08/05/2015 Solicitante: DANIEL FRANCA MENDES DE CARVALHO  
Controle: 667490 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/05/2015

**T.C. DE CRANIO**

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

**RELATÓRIO:**

- FRATURAS NA REGIÃO FRONTAL ANTERIOR À ESQUERDA, ACOMETENDO O TETO DA ÓRBITA.
- ÁREAS DE CONTUSÃO CEREBRAL HEMORRÁGICA NOS LOBOS TEMPORAL DIREITO E FRONTAL À ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2015

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090  
Profissional Responsável

RECEBIDO  
20 OUT 2015







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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)  
Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILÂNDIA - PI CEP: 64160-970  
Nascimento: 01/09/1956 Idade: 58a:9m:2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548  
Requisição: 527904 Solicitação: 07/05/2015 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA  
Controle: 667056 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 07/05/2015

### PUNHO

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

- Fratura antiga consolidada no rádio distal fixada por placa e parafusos metálicos.
- Fratura completa recente na base do 2º metacarpo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/06/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

IMP. DANIEL  
CIV. CARLOS AUGUSTO MOURA FE  
RUA JOAO P. FERREIRA, 100  
SANTANA - TERESINA - PI





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

Form: 1.46.1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)  
Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970  
Nascimento: 01/08/1956 Idade: 58a:9m:2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548  
Requisição: 527904 Solicitação: 07/05/2015 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA  
Controle: 667055 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 07/05/2015

### MAO

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente na base do 2º metacarpo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/06/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

HUT-SAME  
CONFERE COM ORIGINAL  
TERESINA, PI  
SERVIDOR: 20/06/15





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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE (Prontuário: 77490)**  
 Endereço: **QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970**  
 Nascimento: **01/09/1956** Idade: **58a:9m:2d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **133548**  
 Requisição: **527904** Solicitação: **07/05/2015** Solicitante: **MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA**  
 Controle: **667057** Convênio: **S U S** CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 07/05/2015

**OMOPLATA OU OMBRO**

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

- Artroplastia com prótese metálica bem posicionada no úmero.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/06/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
 Profissional Responsável

20.07.15



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

JOÃO BOSCO DE ANDRADE  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 237.476 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/09/10

NOME JOÃO BOSCO DE ANDRADE

FILIAÇÃO MARIA LEOCÁDIA DO CARMO  
JOSÉ FRANCISCO DE ANDRADE

NATURALIDADE BELA CRUZ-CE DATA DE NASCIMENTO 01/09/1956

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 98 L 23 F 28V  
EXP. LUZILÂNDIA-PI 14/10/74

TERCEIRA - M 138.861.853-20 ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/85 - DECRETO Nº 69.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

138.861.853-20

JOÃO BOSCO DE ANDRADE

01/09/1956

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

BANCO DO BRASIL

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*João Bosco de Andrade*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 237.476 DATA DE EMISSÃO 17/09/10

NOME JOÃO BOSCO DE ANDRADE

FILIAÇÃO MARIA LEOCÁDIA DO CARMO  
JOSÉ FRANCISCO DE ANDRADE

NATURALIDADE BELA CRUZ-CE DATA DE NASCIMENTO 01/09/1956

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 98 L 23 F 28V  
EXP. LUZILÂNDIA-PI 14/10/74

TERCEIRA - M 138.861.853-20 ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/85 - DECRETO Nº 89.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

138.861.853-20

JOÃO BOSCO DE ANDRADE

01/09/1956

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

BANCO DO BRASIL

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190166542 **Cidade:** Luzilândia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO BOSCO DE ANDRADE **Data do acidente:** 06/05/2015 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER  
DPVAT - REGULAÇÃO

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

**Data da análise:** 25/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (FRATURA CRANIANA FRONTAL Á ESQUERDA).  
FRATURA DE VÉRTEBRAS DE SEGMENTO TÓRACO-LOMBAR T8-L1.  
FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

#### Conduta mantida:

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** \*\*VÍTIMA INDENIZADA NO SINISTRO 2012542315 - 75% DEBILIDADE INTENSA DOS MEMBROS SUPERIORES  
DIREITO E ESQUERDO - R\$ 13.500,00.  
\*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES  
QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00





**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**  
 PRODUTIVIDADE SEM CLICK



**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT**

Tipo de Processo <input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		- Atendente <b>JERLANNY ALYNE BARROS BATISTA</b>	
Tipo de Sinistro <b>Invariável Permanente Total</b>		- Agência <b>SUCURSAL TERESINA</b>	
Nome do Requerente <b>DANIEL CHARLES O AGUIAR</b>		- Nome da Vítima <b>JOAO BOSCO DE ANDRADE</b>	- CPF da Vítima <b>13886185320</b>
Documentos Complementares			
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima <input type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial <input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador		<input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário <input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais <input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador	
- Morte <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada) <input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) <input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento <input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS <input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed. <input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores <input type="checkbox"/> Alvará Judicial		- Inválidos Permanentes <input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada - Outros Docos, Entregues e Observações <b>PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA; COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA; CÓPIA DE COMPROVANTE BANCÁRIO; ATA DE AUDIÊNCIA.</b>	
		- DAMS <input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico <input type="checkbox"/> Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) <input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) <input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



**Informação:** Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

**Documentos Básicos:**

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 17/10/2017



- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

**Documentos para Invalidez Permanente/Total:**

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

*Daniel Charles Oliveira Aguiar*  
Nome Completo / RG

2.036.050.

TEL: 9818-7317.

TEL:

DOCTOR DENIS.

86 98105-6335.







**DENIS MOREIRA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

**PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA E EXTRA"**

João Bosco de Andrade, brasileiro(a),  
(Estado civil), Solteiro / Pescador (Profissão),  
portador(a) de RG nº 237.476 SSP-PI e inscrito(a) no CPF/MF sob nº  
138.861.853-10, residente(s) e domiciliado(a)(s) no(a) Conjunto São  
Domingos P. 0006 Q-1  
filho(a) de Maria Leopoldina do Carmo e  
Jose Francisco de Andrade

— pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui **Denis Moreira Advogados Associados**, sociedade de advogados devidamente inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Estado do Piauí, sob o nº 006/2004, por seu sócio-administrador e advogado -, **Denis Gomes Moreira**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PI sob nº 2.718 -, e como estagiário(a)(s), **Chyara de Oliveira Probo Pessoa**, brasileira, casada, bacharela de direito, inscrito(a) na OAB/PI nº 2.580-E, portador(a) de RG nº 2.869.325 SSP-PI e CPF(MF) nº 038.163.733-64, firma advocacia sediada na Rua Benjamin Constant, nº 660, Centro, Parnaíba (PI), CEP 64200-370 — para em conjunto ou isoladamente representar o(a) Outorgante e defendê-lo(a)(s) usando os recursos legais e acompanhando, assinar termo, substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, conferindo-lhe(s), ainda, **poderes específicos** para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105, do NCPC/2015), no entanto devendo os poderes especiais anteriormente outorgados ser ou não substabelecidos, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, dando assim tudo por bom, firme e valioso. No objeto especial de promover Ação Ordinária de Cobrança de Seguro DPVAT contra a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro (RJ), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04 - perante o Juizado Especial Cível e Criminal da Comarca de Luzilândia, do Estado do Piauí, no intuito de defender seus interesses para fins de direito.

Luzilândia/PI, 38 de Setembro de 2017.

João Bosco de Andrade

\* Dispensando o reconhecimento de firma nas procurações com base no art. 105, do CPC/2015.

Rua Benjamin Constant, nº 660, Centro, Parnaíba-Piauí - CEP 64200-370  
Telefax: (86)3322.1191 - Celulares: (86)9472.2364/9955.6335/8882.4997/8107.7822  
E-mail: [denismoreiraadvpbh@outlook.com](mailto:denismoreiraadvpbh@outlook.com)



PROCESSO Nº: 15935-84.2016.4.01.4000		
RÉU: INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS		
PERICIANDO: JOAO BOSCO ANDRADE		
ESTADO CIVIL: CASADO	SEXO: (M)	CPF: 138.861.853-20
DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1956	ESCOLARIDADE: ALFABETIZADO	
FORMAÇÃO TÉCNICO-PROFISSIONAL: LAVRADOR		

PERÍCIA MÉDICA OFICIAL (BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO)

Teresina, 17 de abril de 2017

  
JOÃO BOSCO ANDRADE





Poder Judiciário  
Justiça Federal de 1º Grau  
Seção Judiciária do Estado do Piauí  
6ª Vara/JEF

PROCESSO Nº: 15925-84.2014.4.01.4000		
RÉU: INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS		
PERICIANDO: JOAO BOSCO ANDRADE		
ESTADO CIVIL: CASADO	SEXO: ( M )	CPF: 138.861.853-20
DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1956	ESCOLARIDADE: ALFABETIZADO	
FORMAÇÃO TÉCNICO-PROFISSIONAL: LAVRADOR		

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL (BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO)

Questões de seu Juízo:

- a) Profissão declarada:  
PESADOR
- b) Doença, lesão ou deficiência diagnosticada por ocasião da perícia (com CID).  
SEQUELA DE FRATURA DO PUNHO DIREITO E UMBRO DIREITO E ESQUERDO ( ARTYROPLASTIAS)  
S325 S422
- c) A doença/moléstia ou lesão decorrem de acidente de trabalho? Em caso positivo, circunstanciar o fato, com data e local, bem como se reclamou assistência médica e/ou hospitalar.  
SIM. ACIDENTE DE TRAJETO RETORNANDO DA PISCARIA.
- d) Doença/moléstia ou lesão torna o(a) periciado(a) incapacitado(a) para o exercício do último trabalho ou atividade habitual? Justifique a resposta, descrevendo os elementos nos quais se baseou a conclusão.  
SIM. PACIENTE COM LIMITAÇÃO DA ADM DE OMBROS DIREITO E ESQUERDO, E COM DEFORMIDADE NO PUNHO DIREITO.
- e) Sendo positiva a resposta ao quesito anterior, a incapacidade do(a) periciado(a) é de natureza permanente ou temporária? Parcial ou total?  
PERMANENTE TOTAL.
- f) Data provável do início da(s) doença/lesão/moléstia(s) que acomete(m) o(a) periciado(a).  
DATA DO TRAUMA - 2010
- g) Caso o(a) periciado(a) esteja incapacitado(a), é possível determinar a data, ou mesmo aproximada, do início da incapacidade? Em que o(a) perito(s) judicial se fundamentou para chegar a esta conclusão (exames, declaração do autor, laudos anteriores)?  
DATA DO TRAUMA - 2010
- h) Incapacidade remonta à data de início da(s) doença/moléstia(s) ou decorre da progressão ou agravamento dessa patologia? Justifique.  
INÍCIO.
- i) É possível afirmar se havia incapacidade entre a data do indeferimento ou da cessação do benefício administrativo e a data da realização da perícia judicial? Se positivo, justificar apontando os elementos para esta conclusão.  
SIM, HAVIA.
- j) Caso se conclua pela incapacidade parcial e permanente, é possível afirmar se o(a) periciado(a) está apto para o exercício de outra atividade profissional ou para a reabilitação? Qual atividade?  
NÃO.
- k) Sendo positiva a existência de incapacidade total e permanente, o(a) periciado(a) necessita de assistência permanente de outra pessoa para as atividades diárias? A partir de quando?  
NÃO.
- l) É possível estimar qual o tempo e o eventual tratamento necessários para que o(a) periciado(a) se recupere e resta condições de voltar a exercer seu trabalho ou atividade habitual (data de cessação da incapacidade)?
- m) Preste o perito demais esclarecimentos que entenda serem pertinentes para melhor elucidação da causa.



- n) Pode o perito afirmar se existe qualquer indício ou sinais de dissimulação ou de exacerbação de sintomas?  
Responda apenas em caso afirmativo.
- o) O(s) periciando(s) está (est) acometido de: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondilostrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado de doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (AIDS) e/ou contaminação por radiação?  
NEGA.

Teresina, 17 de abril de 2017

Médico Perito: Dr. Hugo José Sousa Sates da Silva – Ortopedista.

Assistente Técnico – INSS

CRM: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Hugo José Sates  
Ortopedista e Traumatologista  
da Justiça Federal  
CRM 38358  
FISC 13372



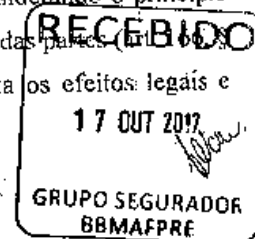


PODER JUDICIÁRIO FEDERAL  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DO PIAUÍ  
CENTRO JUDICIÁRIO DE CONCILIAÇÃO

Processo: 0015935-84.2016.4.01.4000  
Classe: 51201 - CIVEL/PREVIDENCIÁRIO/CONCESSÃO/IEF  
Autor(a): JOÃO BOSCO ANDRADE  
Advogado(a): CRISTIANE DA SILVA OLIVEIRA OAB 11447  
Ré(u): INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS  
Preposto(a): REGINALDO DOS SANTOS  
Objeto do pedido: CONCESSÃO/REESTABELECIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA OU APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

#### ATA DE AUDIÊNCIA

Aos dezessete dias do mês de abril do ano de dois mil e dezessete, nas dependências do Centro Judiciário de Conciliação da Seção Judiciária do Piauí, perante o(a) conciliador(a) abaixo identificado(a), foi aberta a **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**, com observância das formalidades legais, constatando-se a presença das partes no local e horário designados. Conferidos os documentos de identificação e de representação processual das partes, o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, depois de entrevistar a parte autora, apresentou proposta de acordo para a solução do conflito deduzido nos autos. Após as negociações, as partes chegaram a entendimento nos seguintes termos: a) o INSS concederá à parte autora, o benefício de APOSENTADORIA POR INVALIDEZ a pescador, com DIP (data de início do pagamento) a partir da data de hoje; b) a autarquia pagará à(ao) demandante o correspondente a 70% (setenta por cento) do valor devido, pelas prestações correspondentes entre a DIB (data de início do benefício) - que será da data do ajuizamento da ação, em 28/06/2016, e a véspera da DIP (data de início do pagamento); c) como parte do acordo ora firmado, a parte autora renuncia a qualquer valor relativo a prestações vencidas deste benefício, excedente ao presente acordo; d) Compromete-se o réu a implementar as medidas tendentes ao cumprimento deste acordo no prazo máximo de 60 dias; e) as partes deram-se por conciliadas, aceitaram e comprometeram-se a cumprir os termos acima acordados, requereram ao Juízo a sua homologação e, antecipadamente, desistem dos prazos recursais e de recursos outros eventualmente pendentes de julgamento (prejudicados pelo acordo). Em seguida, os autos foram encaminhados à Juíza Federal Coordenadora do Centro Judiciário de Conciliação, que proferiu a seguinte **SENTENÇA**: "1) Considerando o princípio da autonomia da vontade e a busca da pacificação social mediante conciliação das partes (art. 4º, do CPC), homologo o acordo celebrado nesta audiência, para que surta os efeitos legais e





PODER JUDICIÁRIO FEDERAL  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DO PIAUÍ  
CENTRO JUDICIÁRIO DE CONCILIAÇÃO

declaro extinto o processo, com resolução do mérito, com base no art. 487, inciso III, alínea b, do Novo Código de Processo Civil; 2) Sem condenação em honorários advocatícios de sucumbência em relação às partes acordantes; 3) Certifique-se, desde logo, o trânsito em julgado desta sentença, em face da desistência antecipada do prazo recursal; 4) Publicação e intimação dos presentes em audiência; 5) Junte-se aos autos a presente ata de audiência e, se for o caso, os documentos apresentados pelas partes; 6) Proceda-se ao registro dos atos processuais, inclusive para efeitos estatísticos. 7) Em relação aos valores atrasados, remetam-se os presentes autos para a Vara competente para expedição da competente Requisição de Pequeno Valor 8) Providencie a Secretaria o pagamento dos honorários do perito médico. 9) Após o cumprimento do acordo, arquivem-se os autos". Nada mais havendo, encerrou-se a presente audiência, sendo lavrada a respectiva ata, que segue assinada pelos sujeitos processuais abaixo identificados e nominados.

MM. JUÍZ FEDERAL

MARINA ROCHA CAVALCANTI BARROS MENDES

CONCILIADOR

*Alina*  
ALINE GOMES VALE

PREPOSTO DO INSS

*R*  
REGINALDO DOS SANTOS

AUTOR(A)

*+ João Bosco da Andrade*  
JOÃO BOSCO ANDRADE

ADVOGADO AUTOR(A)

*Crístiane*  
CRISTIANE DA SILVA OLIVEIRA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066141/19

**Vítima:** JOAO BOSCO DE ANDRADE

**CPF:** 138.861.853-20

**Seguradora:** SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

**Data do acidente:** 06/05/2015

**Titular do CPF:** JOAO BOSCO DE ANDRADE

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**JOAO BOSCO DE ANDRADE : 138.861.853-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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](http://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: 22/02/2019  
Nome: JOAO BOSCO DE ANDRADE  
CPF: 138.861.853-20

JOAO BOSCO DE ANDRADE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019  
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS  
CPF: 132.129.557-08

EDSON DA SILVA MARTINS

