

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Mensagens, Controle de, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0827334-68, Baixar o arq, (40) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=619975&ca=aa0bc5a62fb8eb23a370363dc8cc3c9b9cd...

Processo Virtual Na... (33) WhatsApp Portal do Advogado Google Zimbra: Movimenta... Publicações Email - Alana Lima... Online Video Cutter...

PJE ProceComCiv 0827334-68.2020.8.18.0140
MARIO SOARES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

14369334 - CONTESTAÇÃO (2777555 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 29/01/2021 11:02:05

29 Jan 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 14369329 - CONTESTAÇÃO
 - 14369334 - CONTESTAÇÃO (2777555 CONTESTACAO 01)
 - 14369340 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14369497 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14369501 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14369504 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

11:02

downloadBinario.seam 1 / 10 100% +

2777555- CS/ 2020-04770/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08273346820208180140

PT 11:02 29/01/2021



29/01/2021

Número: **0827334-68.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **23/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIO SOARES DA SILVA (AUTOR)		FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14369 340	29/01/2021 11:02	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331746

Vítima: MARIO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIO SOARES DA SILVA

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, contados 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,

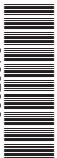
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16131229

Pag. 00139/00140 - carta_01 - INVALIDEZ

00020070





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, 01 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331746

Vítima: MARIO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIO SOARES DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00853/00854 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331746

Vítima: MARIO SOARES DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIO SOARES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.632,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: MARIO SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 2.632,50

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 000000098885-4

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 278.402.803-82 3 - CPF da vítima: 278.402.803-82 4 - Nome completo da vítima: Mano Soares da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mano Soares da Silva 6 - CPF: 278.402.803-82
7 - Profissão: Recurso-me 8 - Endereço: Rua: A, 2831 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Baixa do Boi 12 - Cidade: Timon 13 - Estado: Ma 14 - CEP: 65632-680
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (86) 8821-4516

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 98885

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 278.402.803-82 3 - CPF da vítima: 278.402.803-82 4 - Nome completo da vítima: Mano Soares da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mano Soares da Silva 6 - CPF: 278.402.803-82
7 - Profissão: Recurso-me 8 - Endereço: Rua: A, 2831 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Baixa do Boi 12 - Cidade: Timon 13 - Estado: Ma 14 - CEP: 65632-680
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (86) 8821-4516

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 98885

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100101.004211/2020-81

Unidade de Registro: 10º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Francisco Franco Batista Da Silva

Data/Hora: 28/08/2020 - 13:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

01º DP DE TERESINA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV FREI SERAFIM, Nº:

Complemento

Data/Hora

17/06/2020 - 08:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIO SOARES DA SILVA

RG: 0858531984

Mãe: MARIA MORENA DA SILVA SOARES

Endereço: RUA 14, Nº

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abalroamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

RELATO DA OCORRÊNCIA

VEIO COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN KS PLACA LWF-7303 NA COR VERMELHA DE PROPRIEDADE MANASSES DO NASCIMENTO ROSA QUANDO O CONDUTOR MARIO SOARES DA SILVA, QUANDO VEIO A COLIDIR EM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE INVADIU A FAIXA DE TRAFEGO DA MOTO, SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT.

Francisco Franco Batista Da Silva - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

MARIO SOARES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Keiko Leal Parreira
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 195.333-7

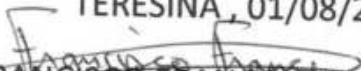


AVERBAÇÃO AO BO DE Nº 100101.004211/2020-81



QUE A NATUREZA DA OCORRÊNCIA É LESÃO CORPORAL CULPOSA
NA DIREÇÃO DE VEICULO AUTOMOTOR (ART.303 DA LEI
9503/1997 – CTB) E NÃO COMO CONSTA NO BOLETIM DE
OCORRÊNCIA.

TERESINA, 01/08/2020


FRANCISCO FRANCO BATISTA DA SILVA

AGENTE DE POLICIA-1082868





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 278.402.803-82 4 - Nome completo da vítima: Mario Soares da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mario Soares da Silva 6 - CPF: 278.402.803-82

7 - Profissão: Recurso-me 8 - Endereço: Rua: A, 2831 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: Baixa do Icaro 12 - Cidade: Timon 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65632-680

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 86 8821-4516

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 98885

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Timon, 29/08/2020.

MARIO SOARES DA SILVA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.632,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIO SOARES DA SILVA

BANCO: 104

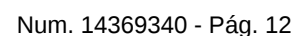
AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000098885-4

Nr. da Autenticação 6DAAF7EE9B65D8CC



	
INTERCUIA 48021-5	PROTOCOLO 150305814 FECHA 6/2020
EXPIRANTE 10/07/2020	VALOR - FICHA 47,72





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow =				
Hospital de Destino	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				
	27 Pulso				
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento				
	29 Escala de Dor de 0 a 10				
Socorristas	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
Enfermeiro	32 Hospital de Destino				
	33 Condições de entrada				
Condutor	34 Óbito				

rsão:27.11.2011

COREN-PI 240.18



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE PERNAMBUCO
DR. ZENONI MACHADO

NOME DO PACIENTE: MARIO SOARES DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 547540

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO-SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO"





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 17/06/2020 09:17:29

User: LAYANE DUARTE

Estação: SALATRAÇA/1

Nome:	MARIO SOARES DA SILVA	Prontuário:	547540
Mãe:	MARIA MORENA DA SILVA SOARES	Pai:	
End.Resid.:	RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento:	22/02/1959	Idade:	61a3m23d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-94602-193
Responsável:	JOEL	CNS:	702302132714116
Profissão:	PEDREIRO	Documento:	RG: 0858531984 - SSP M
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	782731	Entrada:	17/06/2020 08:57:58	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEIDAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco:	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFERE NAUSEAS, DOR EM MEE E MID.	
FRANCISCA WILMARA DA SILVA SOARES		COREN:2000216
Em: 17/06/2020 09:04:30		

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PCT VÍTIMA DE AC. AUTOMOBILÍSTICO COM TRAUMA EM MMSS DIREITO E MMII DIREITO.

* CIRURGIA GERAL - 17/06/2020 - 09:13h.

Paciente com tórax e abdome
estável, sem sinal de choque.

CS: Alta do Cirurgião Geral

Diagnóstico Inicial:
Fratura torácica

Exames Complementares:
(1545858) - OMBRO DIREITO
(1545859) - BRACO DIREITO
(1545860) - COTOVELO DIREITO

Prescrição Médica:
770 Oxiupiro
Tato frouxo e frios

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto):	DATA:	HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável	Dr. Luiz Soares da Silva Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054	Dr. Layane Duarte Silva CRM-PI 7955
------------------------------------	--	--

LAYANE DUARTE SILVA
CRM: 7955 PI Em: 17/06/2020 09:17:29



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012911020489000000013586167

Número do documento: 21012911020489000000013586167



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	265136

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIO SOARES DA SILVA	6 - Prontuário: 547540		
7-CNS: 702302132714116	8-Nascimento: 22/02/1959	9-Sexo: Masculino	RG: 0858531984 - SSP M
Mãe: MARIA MORENA DA SILVA SOARES	12-Fone: 86-94602-169		
13-Resp: JOEL	14-Cor: Sem Informação		
Endereço: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - CEP: 65630-020			
16-Munic: TIMON	17-Cod. IBGE: 211220	18-UF: MA	19-CEP: 65630-020

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PCT VITIMA DE AC. AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM MMSS DIREITO E MMII DIREITO.			
21 - Condições que justificam a internação: tratamento cirurgico - fratura do 5º metacarpo da mão direita			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
23-Diagnóstico Inicial: fratura de outros ossos do metacarpo	24-CID Prim: S623	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020377	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS	Tempo SUS: 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 217.817.218-07
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	34-Data Solicitação: 17/06/2020	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
39 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):
() CNS () CPF				
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (CECILIA BRITO)	Consulta Local: 782731	Consulta SUS: Impressão: 22/07/2020 12:18:40





DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> MARIO SOARES DA SILVA		<u>Prontuário:</u> 547540
<u>Mãe:</u> MARIA MORENA DA SILVA SOARES		<u>Pai:</u>
<u>End.Resid.:</u> RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
<u>Nascimento:</u> 22/02/1959	<u>Idade:</u>	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-94602-169
<u>CNS:</u> 702302132714116	<u>Documento:</u> RG: 0858531984 - SSP M	

DADOS DA REQUISICÃO (ATENÇÃO: PREENCHER APÓS A REQUISICÃO)

DADOS DA REQUISIÇÃO/ATENDIMENTO:

Id.Req.: 257		Data Req.: 17/06/2020 10:50:32	Origem.Atend.: INTERNAÇÃO
Prof.Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO			
Clinica: SALA VERDE	Enfermaria: SALA VERDE		Cod.Atend.: 25004
		Leito:	LEITO 01

Especialidade Requerida:

CARDIOLOGISTA

MOTIVO DA CONSULTA/REQUISIÇÃO:

RSICO CIRURGICO
FRATURA DA MÃO E TORNOZELO D

TERESINA (PI), 17 de Junho de 2020

Dr. Cássio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 2425

PARECER:

* - paciente, 63 anos, 51 comorbidades. Neoplasia HGS, DM, AVC, IAM, sindr. congestiva / angiospasm, tabagismo. Refusar tabolhador de construtor civil, el boo capacidade funcional.

* Do xami: ECG: arian, anet, afibria. AC: PCR, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824

Médico Especialista

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAMS - HUT
Confere com o Original

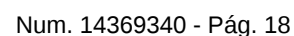
Dra. Vitoria Regina Ximenes
Cardiologista
CRM: 1737 / RQE: 3785





Poland

CONFINE WITH ORIGINAL



ESCALAS DE GRAU DE DEPENDÊNCIA E AVALIAÇÕES DE RISCO



NOME: Edna Soares do Silva

PRONTUÁRIO: 543540 IDADE: 61 ENFERMARIA/LEITO: Quadrante

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 29/01/2021

SINAIS VITAIS					ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLUC. CAP.	HV	HEMO ORAL	DIURESE DRENO
12									
18									
06									

ESCALA DE BRADEN:

PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):

1. Totalmente / 2. Muito / 3. Levemente / 4. Nenhuma

1. Completamente / 2. Muito / 3. Ocasionalmente / 4. Raramente

ATIVIDADE:

1. Acamado / 2. Cadeira rodas / 3. Andar Ocasionalmente

1. Andar Frequentemente

MOBILIDADE (Limitação):

1. Totalmente / 2. Muito / 3. Levemente / 4. Nenhuma

NUTRIÇÃO:

1. Muito pobre / 2. Inadequada / 3. Adequada / 4. Excelente

FRICÇÃO E CISCALHAMENTO:

1. Problema / 2. Problema Potencial / 3. Nenhum Problema

TOTAL:

CONTROLE:

ALTO RISCO

MR: < 12

MEDIO RISCO

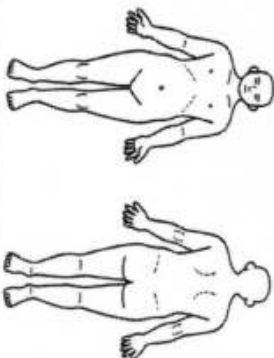
MR: 12 a 14

BAIXO RISCO

MR: > 14

CLASSIFICAÇÃO

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"



ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):

1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0

2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0

3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO:

1. Nenhum / 2. Parcial / 3. Total

4. TERAPIA EMOCONSCIENTE: SIM - 20 NÃO - 0

5. MARCAGEM:

1. Consciente / 2. Desconsciente

6. ESTADO MENTAL:

1. Capacidade / 2. Equilíbrio / 3. Orientação / 4. Capacidade

TOTAL:

PONTOS:

CONTROLE:

SEM RISCO

SR: 0-24

BAIXO RISCO

SR: 25-46

ALTO RISCO

SR: > 47

CLASSIFICAÇÃO:

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso () Glasgow: AO / RV / RM =

2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Paratética () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor

3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O₂ () Com O₂:

4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:

5. Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()

6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:

7. Pele e mucosas: () Normocrorado () Hipocrorado () Ictérico () Integro () Edematosas () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriadas () LPPs

8. Hidratação: () JAVP () JAVC () Outros:

9. Drenos: () Sutor () Torácico () DVE () Kher () Peritose () Outros:

10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematuria () Outros:

11. Evacuações: () Presentes () Constipado () Diarreia () Melema () Colostomia () Ileostomia () Outros:

12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais?

12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais?

12.3: Comorbidades: () Não () DM () HAS () Outros, Quais?

12.4: Medicamentos de uso contínuo: () Não () Sim, Quais?

16.02: Evolvente admitido no dia 02/02/2021, apresentando sinais e sintomas de infecção urinária. Examinado pelo enfermeiro de plantão, sendo realizado o tratamento com antibiótico. Evolvente estável, sendo sem queixas no momento.

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/01/2021 11:02:05



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

PRESCRIÇÃO INICIAL No.: 123850 - Em: (17/06/2020)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc./Id:	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
265054	547540	MARIO SOARES DA SILVA	22/02/1959	SALA VERDE	SALA VERDE	LEITO 01	CAIO VAZ DE OLIVEIRA		
Evolução:	SOLICITO PRE OP		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:				
Horas:					# TORNOZELO D + # 5º METACARPO				
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas	ORAL Tipo BRANDA,								
1	CLORETO DE SODIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				12h - Tornozeleto RUP
2	DIFIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		12h - Tornozeleto RUP
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				12h - Tornozeleto RUP
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SOS	1,00	Ampola	EV	12/12h				12h - Tornozeleto RUP
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. SOS	1,00	Ampola	EV	8/8h				12h - Tornozeleto RUP

Observações Gerais,
Suspensões e Alterações:

CUIDADOS GERAIS SINAIS VITAIS
PROVAVEL CIRURGIA AMANHÃ DR. FERNANDO

Eligine Menezes de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3034 / RQE 2425



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATORIO - SRPA

NOME Mário Soares da Silva IDADE _____ anos DATA 18/06/2020
 HORÁRIO DE ADMISSÃO _____

HORÁRIO DE ADMISSÃO _____ hs _____ min. DATA 10/06/2020

CIRURGIA REALIZADA _____ TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		CIRURGIÃO
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	170/83		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	68		
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	96%		68
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			98%
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Salute		

INDICE DE ALDRETTEE KROULIN

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROUL			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suporte de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 		TOTAL	09			
ESCALA DE DOR 		ASS.	 MARIA DE OLIVEIRA COREN-1.436.703-ESP			

)SONDA VESICAL		)DRENO DE SUCÇÃO		)DRENO TORACICO		)DVE		)COLOSTOMIA		SONDA ()NASOG()NASOE	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SKPA em
POE de estomago de jejum; segue calmo; ar

M^{te} Jardeima de Oliveira
COREN-PA 554.163-ENF

RAISON REZIDANT

18 06 20

Técnico:

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTHESIOLOGY 11

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO (X) SALA DE GESSO (X) IMAGENS E C/ÁFICOS ()

11 | 12 | 13 | EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () M () TOXICOL. CLÍNICA () OUTROS





2000

PREScrição Médica

23725

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		Ortopédica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
				HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
18/06/20	POI				23.00-24.00 = 15.00h P = 18 - F = 18h	
1	Dieta oral livre após efeito anestésico					
2	SF 0,9% 1000 ml EV de 12 em 12 horas					
3	KEFAZOL 1g IV 6/6h					
4	Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h					
5	Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h					
6	Ranitidina 01 amp + AD EV 12/12h					
7	Nubain 01 amp + AD EV 12/12hs SOS					
8	Nauseadron 1amp + AD IV de 8 em 8 horas SN					
9	CCGG + SSV					
Assinatura Médica: <i>[Assinatura]</i> Carimbo: <i>[Carimbo]</i> SAME - AUT Contém como Original						





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18/06/2020

NOME DO PACIENTE: <u>Mário Soares de Jesus</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>547540</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Sedação</u>	N° DA SALA: <u>04</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fernando</u>	CPF N° _____
AUXILIAR: <u>Res.</u>	CPF N° _____
ANESTESIA: <u>Dr. Liana</u>	CPF N° _____
INSTRUMENTADORA: <u>Imês</u>	CPF N° _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>n-24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° <u>85</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° <u>75</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° <u>20</u>	UNID.	01		<u>Medula capim</u>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Elétricos</u>	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Químicos</u>	UNID.	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENO				CIRCULANTE:			

Elayne M. de Oliveira
SAMO - HUT
Confere com o Original

MOD. 84





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

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Mario Soares da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do 5º met (S)</i>		
Operação - Tipo <i>Redução + Fixação c/ Fio K</i>		
Cirurgião <i>Fernando Coutinho</i>		
2º Assistente		
1º Assistente		
2º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente sob sedação e preparo hab. Koi
- 2) Redução sob rad. ex. copia
- 3) Fixação c/ Fio K
- 4) Lavagem c/ SF 0,9% e curativo
- 5) Tala gessada

Dr. Fernando de Oliveira
Ortopedista Traumatologia
CRM-PT 5412 - FEOT 11913

Elayne Mendes R. de Oliveira
SANE - HUIT
Confere com o Original

Mod. 76 HUIT



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE MARIO SOARES DA SILVA **UNIDADE DE SAÚDE** HUT

DATA 08/06/2020 **Nº DE REGISTRO**

P. ARTERIAL **PULSO** **RESPIRAÇÃO** **TEMPERATURA** **PESO** **ALTURA**

EXAMES DE SANGUE **GR. SANGUÍNEO** **HEMATIMETRIA** **HEMOGLOBINEMIA** **HEMATOCRITOS** **GLICEMIA** **DOS. URÉIA**

EXAMES DE URINA

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA **SISTEMA CIRCULATÓRIO** **SISTEMA RESPIRATÓRIO** **SISTEMA DIGESTIVO** **ESTADO MENTAL** **DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO** **PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)**

LIBERADO PARA CARDIOLOGIA
SOBRE 78 KGS. ASA B
NADA ALERGICAS

ASMA **BRONQUITE**

SISTEMA URINÁRIO **CORTICOIDES** **ATARAXICOS** **OUTROS**

APLICADO AS **EFEITOS**

AGENTES ANESTÉSICOS **OXIGÊNIO** **TOTAL DE DOSES**

LÍQUIDOS **SO-UTO** **SANGUE** **OUTROS**

TEMPERATURA T **Cº**

P ARTERIAL **V O** **PULSO**

INÍCIO E FIM ANESTESIA X

INÍCIO E FIM OPERAÇÃO

RESPIRAÇÃO O

SÍMBOLOS

TÉCNICAS **INCIDENTE - ACIDENTE**

OPERAÇÕES **CIRURGIÕES** **ANESTESISTAS**

PARITICULARIDADES **CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS**

MOD 76 - HUT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIO SOARES DA SILVA** (Prontuário: 547540)
Endereço: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 22/02/1959 Idade: 61a4m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 265241
Requisição: 1107135 Solicitação: 20/06/2020 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 1549755 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 20/06/2020

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura recente alinhada no maléolo lateral fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/06/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAM - HUT
Compare com o Original



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIO SOARES DA SILVA** (Prontuário: 547540)
Endereço: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 22/02/1959 Idade: 61a3m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 782731
Requisição: 1105797 Solicitação: 17/06/2020 Solicitante: LAYANE DUARTE SILVA
Controle: 1545863 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 17/06/2020

MAO DIREITA

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

- Fratura obliqua completa no 5º metatarso.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/06/2020

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira
SAME HUT
Confere com o Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIO SOARES DA SILVA** (Prontuário: 547540)
Endereço: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 22/02/1959 Idade: 61a4m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 265136
Requisição: 1106426 Solicitação: 18/06/2020 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1547638 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 18/06/2020

MAO DIREITA

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

- Fratura recente alinhada no 5° metacarpo fixada com fio metálico intramedular.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/06/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAMS - HUT
Confere com o Original





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIO SOARES DA SILVA** (Prontuário: **547540**)
 Endereço: RUA 14 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
 Nascimento: 22/02/1959 Idade: 61a3m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 782731
 Requisição: 1105828 Solicitação: 17/06/2020 Solicitante: LAYANE DUARTE SILVA
 Controle: 1545986 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 17/06/2020

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura no terço distal da fíbula.
- Luxação lateral da tibia.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/06/2020

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável

Elayne Mendes R. de Oliveira
 SAM 6 - HUT
 Confere com o Original



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 085853198-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/04/2002

MARXO SOARES DA SILVA

JOSE FRANCISCO SOARES E MARIA MORENA DA SILVA SOARES

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 22/02/1959

DOC. ORIGEM CASAM.N.809 FLS.71-V LIV.8 03

CPF *****-**
P-147

ASSINATURA DO DIRETOR VIA-02

LEI Nº 7.112 DE 1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO MARANHÃO
GERÊNCIA DE ESTADO DE JUSTIÇA
SEGURANÇA PÚBLICA E CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Marxio Soares da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CPFNº 278.402.803 - 82

REG. Nº 10.219/19

EXPEDIDA 06/03/2019

BENEFÍCIO CONCEDIDO PELO
ART. 230 PARÁGRAFO SEGUNDO
DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

VALIDA ATÉ FEVEREIRO DE 2021

Antonio Alves de Sousa
PRESIDENTE DA ARIT

ASSOCIAÇÃO RECREATIVA DOS IDOSOS DE TIMON - ARIT
Rua José Fernandes, 287, Santa Antônia
Timon - Ma, Fundação Dec. 1982

PASSE DO IDOSO

NOME MARXO SOARES DA SILVA

IDENTIDADE 2703/59 015853198

ORG. EXP. 4 51/77

Marxio Soares da Silva
ASSINATURA DO SÓCIO OU DIGITAL





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200331746 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 17/06/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA. P1,12,14
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (METACARPO- FIOS DE KIRSCHNER /MALÉOLO -PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA E TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			19,5 %	R\$ 2.632,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261348/20

Vítima: MARIO SOARES DA SILVA

Data do acidente: 17/06/2020

CPF: 278.402.803-82

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIO SOARES DA SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIO SOARES DA SILVA : 278.402.803-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/09/2020
Nome: MARIO SOARES DA SILVA
CPF: 278.402.803-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

MARIO SOARES DA SILVA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

