

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, Consulta pr, PJM 0824654-13, Baixar o arq, (41) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=596458&ca=dec89b904fb09d14e4ec6618fe2cedc0c97...

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

ProceComCiv 0824654-13.2020.8.18.0140
JEOVA ALVES DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO...

14433942 - CONTESTAÇÃO (2781145 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/02/2021 10:36:52


02 Feb 2021

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 14433926 - CONTESTAÇÃO
 - 14433942 - CONTESTAÇÃO (2781145 CONTESTACAO 01)
 - 14433996 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14434004 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14434011 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14434015 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 9 100%

2781145- CS/ 2021-00111/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08246541320208180140

PT 10:36 02/02/2021



Número: **0824654-13.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JEOVA ALVES DE OLIVEIRA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14433 996	02/02/2021 10:36	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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717310

Vítima: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

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,

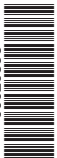
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15291658

Pag. 01669/01670 - carta_01 - INVALIDEZ

00020835





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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717310

Vítima: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000057498-4

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

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:36:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210365130200000013646363>

Número do documento: 21020210365130200000013646363

Num. 14433996 - Pág. 2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 049.719.253-50 4 - Nome completo da vítima: Jéssica Alves de Oliveira

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

5 - Nome completo: Jéssica Alves de Oliveira 6 - CPF: 049.719.253-50
7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: R. Alto do Piauí 9 - Número: 6923 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Campi 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64090-365
15 - E-mail: ednanseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 57.498 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vai nascer)? ☐ 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 rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 20/12/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jéssica Alves de Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

o Representante Legal (se houver)





AUTOATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU
DATA: 20/12/2019 HORA: 15:12:13
TERMINAL: 20041019 CONTROLE: 200410190632

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3389 013.00057498-4
NOME: JEOVA A DE OLIVEIRA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 182079260

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004095/2019-17

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Resp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 25/10/2019 - 11:11

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV: MIRTIS MELAO, Nº:

Complemento

568589

Data/Hora

22/09/2019 - 00:46

Bairro

ALTO DA RESSURREIÇÃO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

RG: 3222015

Mãe: FRANCISCA ALVES PEREIRA

Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, Nº 6922

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA-NIS-3549-PI DE SUA PROPRIEDADE, RELATA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADA QUANDO UM ANIMAL PASSOU NA FRENTE DA MOTO CAIU SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.145795. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

JEOVA ALVES DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Kelko Leal Parada
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 nasoturo (vairascer)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 20/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado
01 Nº do chamado: 3481
02 Data do chamado: 22/10/1991
03 PRO (código): 2903
04 Saída do PA: 010:46
05 Chegada ao local: 01:5
06 Saída do local: 01:05
07 Chegada ao 1º hospital: 01:44
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º Hospital:
Local da Ocorrência
10 Endereço: Av. Mirtes Melão
11 Bairro: Alto da Remunicação
12 Município-UF: THER-PI
13 Ponto de referência: Código IBGE:

Dados do Paciente
14 Nome: Jeová Alves de Oliveira
15 Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
16 Idade: 28 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Tipo de Ocorrência
18 Tipo de ocorrência:
01 - Acidente de transporte
02 - Agressão física-espantamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros
17 - Já removido
18 - Falso chamado

Acidente de Transporte
19 Vitima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: 1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança

Exame Físico
23 Glasgow = 15
ABERTURA OCULAR: 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
24 Sinais vitais: Pulso: 101 Resp.: 22 PA: 130x90 TAX: 98 SatO2: 98
25 Local da lesão:

26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso Radial: 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10
30 Fratura: 1 - Sim 2 - Exposta 3 - Fechada 2 - Não 3 - Suspeito

Assistência
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):
Aspiração: 1 - Sim 2 - Não
Oxigênio: 1 - Sim 2 - Não
Curativos: 1 - Sim 2 - Não
Prancha longa/curta: 1 - Sim 2 - Não
Coar cervical: 1 - Sim 2 - Não
Kred: 1 - Sim 2 - Não
Imobilização de extremidades: 1 - Sim 2 - Não
Reanimação cardiopulmonar: 1 - Sim 2 - Não
Assistência obstétrica: 1 - Sim 2 - Não
Glicemia: 1 - Sim 2 - Não
Acesso Venoso: 1 - Sim 2 - Não
Medicamentos a): 1 - Sim 2 - Não
Medicamentos b): 1 - Sim 2 - Não
Medicamentos c): 1 - Sim 2 - Não

Hospital de Destino
32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado
34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não
Antes do socorro: 1 - Sim 2 - Não
Antes do transporte: 1 - Sim 2 - Não
Durante o transporte: 1 - Sim 2 - Não

Observações Interdisciplinar
Pot motociclista pilotando sem usar o capacete sofreu colisão com cavalo apresentando deformidade na testa, escoriações no epuro e abdômen, nos MMII, sequelas consistentes em fratura da base da mandíbula e fratura da clavícula. Refere que não se lembra de como se sentiu durante o acidente.

Responsável pela recepção
Socorristas: Médico: Blume Jacinto Enfermeiro: Lima
AE/TE: Conductor: Lima

27.11.2011



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

Novo OK.
Otopode

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 22/09/2019 01:21:24
(User: GILBERTO)
(Estação: CONSULPA03)

Nome: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

Prontuário: 145795

Mãe: FRANCISCA ALVES PEREIRA

Pai: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA

End.Resid.: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 12/01/1991

Idade: 28a8m10d

Sexo: Masculino

Fone: 86-9 -

Responsável: FRANCISCA ALVES PEREIRA

CNS: 705005859542556

Profissão: AUTONOMO

Documento: CPF: 049.719.253-50

G. Instrução: Fundamental Completo

E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 742642

Entrada: 22/09/2019 01:16:18

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:

Indefinido

Breve História Clas. Risco:

SSVV:

(Hora: :)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTOCICLETA X CAVALO. RELATO DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO LOCAL DO TRAUMA.

- A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL. NEGA DOR CERVICAL À MOBILIZAÇÃO PASSIVA/ATIVA.
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÔNCOS OU SIBILOS, PULSO:101.BPM, SAT O2:98%
C) ABDOME FLÁCIDO, SEM SINAIS DE PERITONITE. Pelve Estável. PRESSAO:130/90MMHG
D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. GLASGOW 15
E) ESCORIAÇÃO EM COURO CABELUDO, LESAO CORTOCONTUSA EM FRONTE E MMII

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1316093) - T.C. DE CRANIO
(1316094) - MAO DIREITA
(1316095) - MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : .

Francisca Alves Pereira

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 22/09/2019 01:21:23



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:36:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210365130200000013646363>

Número do documento: 21020210365130200000013646363

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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000057498-4

Nr. da Autenticação 03F5E50C7E253732



JULHO/2019

VENCIMENTO
05-08-2019

CONSUMO (KWh)
762

TOTAL A PAGAR (R\$)
793,82

FRANCISCA ALVES PEREIRA
R. ALTO DO PIAUÍ 6923 GURUPI
CPF: 00000306261375

CEP: 64-090-365 - TERESINA

DADOS DA CONTA

Atual:

Anterior:

Constante de Multiplicação:

Consumo Medido:

Consumo Faturado:

Forma de Faturamento:

9750

8988

1,000

762

262

FCAM

Consumo de irregularidade

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32

32



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal / Recibo de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 029074335

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	21824	Atual:	24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação:	24/10/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/19 368	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19 285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 30,03
JUL/19 222	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00 0,57
JUN/19 205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,13
MAI/19 204	MULTA POR ATRASO 09/19-00 7,18
ABR/19 178	JUROS POR ATRASO 09/19-00 1,67
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70
FEV/19 297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
JAN/19 365	
DEZ/18 57	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - 0,55518

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9781,7EAF.1F83.6845.69CD.848F.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 73,20	Base de Cálculo: 372,30 271,78
Energia: 141,48	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 23,93	Valor do ICMS: 100,52
Encargos: 11,71	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 121,98	Valor do COFINS: 6,49%
	17,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DEC			ERC			CMSC	CMCB
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Qualidade	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Segurança	0,00			0,00			0,00	
Cumprimento	TERESINA - MACAPÁ					Período de	08/2019	100,01



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:36:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210365130200000013646363

Número do documento: 21020210365130200000013646363

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jelson Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.719.253/50, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Jelson Alves de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.719.253/50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 20 de Dezembro de 2019
Local e Data

x Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

101/2017





NOME DO PACIENTE: Jeova Alves de Oliveira
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 145795

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".





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 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 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo		1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 15		RESPOSTA VERBAL		24 Sinais vitais
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais vitais Pulso: 101 Resp.: 22 PA: 130x90 TAX: 98% SatO2: 98%
	26 Pupilas		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		25 Local da lesão
Assistência	27 Pulso		30 Fratura		
	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
	28 Sanguinamento		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		
	1 - Sim 2 - Não 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	35 Observações				
	Pot motociclista pilotando sem usar o capacete sofreu acidente com cavalo de arremetimento na pista, escoriações no corpo, cabeça deformada + edema na mão direita, escoriações nos membros superiores, orientado, não se movimenta, não responde verbalmente. Refere-se a lesão acompanhada.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	

Assinatura: 27.11.2011



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

Nuovo OK.
Otopnele

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 22/09/2019 01:21:24
(User: GILBERTO)
(Estação: CONSULPA03)

Nome:	JEOVA ALVES DE OLIVEIRA	Prontuário:	145795
Mãe:	FRANCISCA ALVES PEREIRA	Pai:	RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA
End.Resid.:	RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	12/01/1991	Idade:	28a8m10d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-9 -
Responsável:	FRANCISCA ALVES PEREIRA	CNS:	705005859542556
Profissão:	AUTONOMO	Documento:	CPF: 049.719.253-50
G. Instrução:	Fundamental Completo	E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	742642	Entrada:	22/09/2019 01:16:18	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:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTOCICLETA X CAVALO. RELATO DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO LOCAL DO TRAUMA.

- A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL. NEGA DOR CERVICAL À MOBILIZAÇÃO PASSIVA/ATIVA.
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÔNCOS OU SIBILOS, PULSO:101.BPM, SAT O2:98%
- C) ABDOME FLÁCIDO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PÉLVE ESTAVEL. PRESSAO:130/90MMHG
- D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. GLASGOW 15
- E) ESCORIAÇÃO EM COURO CABELUDO, LESAO CORTOCONTUSA EM FRONTE E MMII

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

- (1316093) - T.C. DE CRANIO
- (1316094) - MAO DIREITA
- (1316095) - MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

Francisca Alves Pereira

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 22/09/2019 01:21:23



Liringeria Geral

Paciente vítima de acidente de motocicleta, alcoolizada, exposta em ar ambiente, abdome globoso, inchaço à palpacao, sem visceromegalias.

Conduta: Alta da Liringeria geral.

Dr. Aurélio Nogueira
MÉDICO
CRM-PA 7355

Neurocirurgia - 4 hs - 22.9.19.

Paciente acidentado de moto com lesão em região frontal. Ao exame: Glasgow 15, consciente, orientado e pupilariso foto. Negativa para náuseas ou vômitos.

Tx do crânio: Sem afecções neurocirúrgicas

Cond: Alta da neurocirurgia / Avaliação ortopedica



Dr. Thiago C. Guimarães
NEUROCIQUIA
CRM-PA 43801/MG-14 550/DA

Dr. Thiago C. Guimarães
NEUROCIQUIA
CRM-PA 43801/MG-14 550/DA





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIB)

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**247971****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **JEOVA ALVES DE OLIVEIRA**

6 - Prontuário: 145795

7-CNS: 705005859542556

8-Nascimento: 12/01/1991

9-Sexo: Masculino

CPF: 049.719.253-50

Mãe: FRANCISCA ALVES PEREIRA

12-Fone: 86-9 -

13-Resp: FRANCISCA ALVES PEREIRA

14-Cor: Parda

15-End: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com relato de acidente motociclistico com trauma em mão direita e presença de escoriações, edema e limitação de movimento. Radiografia evidencia fratura da base de ossos do metacarpo

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

radiografia

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.: 29-Procedimento Solicitado:

0408020210

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPÍANOS

Tempo SUS

1

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

CPF

762.451.793-00

Dr. André Luís S. Nogueira

MÉDICO

CRM-PI 6930

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS

22/09/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

40-Bo.Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - 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:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (CLAUDIO AURELIO)

Consulta Local: 742642

Consulta SUS:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:36:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210365130200000013646363

Número do documento: 21020210365130200000013646363

Num. 14433996 - Pág. 17



Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 96 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 65990 - Em: (22/09/2019)

06:00 55N Pt L2288m
P. 70 bpm ———— 11

Observações Gerais: SSW + cond

Dr. André Luís S. Nonquetra

STEEPLECO
CHRYST-FI: 6930

Page 1 of 1

12/09/2019 05:49:40

MAUDIO AURELION



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



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

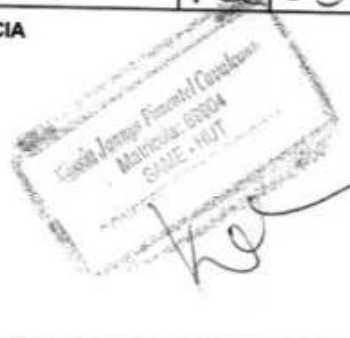
Fis N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/09/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Teoua Alves de Oliveira</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>145795</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura 3-4: MTCI</u>	CIRURGIA: <u>Pulembrão</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Patricio</u>	N° DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Claudio</u>	CPF N° _____
AUXILIAR: _____	CPF N° _____
ANESTESIA: <u>bloqueio</u>	CPF N° _____
INSTRUMENTADORA: <u>Leandro</u>	CPF N° _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° <u>75</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° <u>20</u>	UNID.	01		<u>cefom</u>	Rec	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Inez</u>			
PROLENO							

MOD. 94





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

<input type="checkbox"/>	Mudança de Procedimento	<input type="checkbox"/>	Órtese e prótese - OPME
<input type="checkbox"/>	Diária de UTI	<input type="checkbox"/>	Fatores de Coagulação
<input type="checkbox"/>	Diárias de Acompanhante	<input type="checkbox"/>	Gasoterapia
<input type="checkbox"/>	Hemoderivados	<input type="checkbox"/>	Nutrição Parenteral / Enteral
<input type="checkbox"/>	Diálise / Hemodiálise	<input type="checkbox"/>	Procedimento fora da faixa etária
<input type="checkbox"/>	Albumina Humana 20%	<input type="checkbox"/>	

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____
PACIENTE: Severina Aires de Oliveira Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Cláudio CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Fratura 9-15: MFC D. pinos ach
C 2FK 1,5--



Dr. Cláudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3324 - CRM-MA 9337
SBOT 12681

DATA: 26/09/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

A:

Assinatura do Médico Solicitante





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

145795

Nome do Paciente *João Alvaro de Oliveira*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura 4. e 5. MC D*

Operação - Tipo *Anterior*

Cirurgião *Dr. Claudio Nogueira* 1º Assistente

2º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *26/09/19* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

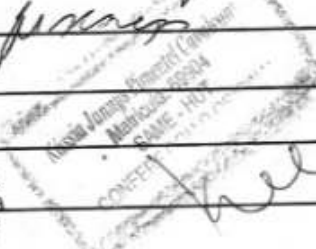
Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) P.O. - D.O. no membro
- 2) Anestesia + Antimigração + lavagem interna
- 3) Redução de fratura + fixação
com 2 FK 1,5--
- 4) Curativo + T.O.

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 9337
SBOT 12661



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>João Alves de Oliveira</u>						Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>25/09/19</u>	P. ARTERIAL <u>120 X 78</u>	PULSO <u>81</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA <u>Nega alergias</u>							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>Sem alterações</u>					ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <u>jejum > 8h</u>					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <u>consciente/Orientado</u>					CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura em mão ①</u>					FÍSICOS <u>ASA I</u>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES
		1					① Clonazepam 2mg
		2					② Midazolam 5mg
		3					③ Fentanyl 50mcg
AUP LÍQUIDOS		SO-UTO 500					④ Dexmedetomidina 10mcg
		SANGUE 300					⑤ Sonda de ultra-4mcg
		OUTROS 100					
TEMPERATURA T		260					SEQUÊNCIA
		240					⑥ Dipirone 2g
P. ARTERIAL V O PULSO		2					
		180					
		160					
		140					
		120					
		100					
		80					
		60					
		40					
		20					
		10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							DURAÇÃO
TÉCNICAS <u>Bloqueio de plexo braquial axilar guiado por USG com ①</u>							INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES <u>Trat. Fratura Mão ①</u>							
CIRURGIÕES <u>Cláudio</u>							
ANESTESISTAS							
PARITICULARIDADES							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:36:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210365130200000013646363

Número do documento: 21020210365130200000013646363

Num. 14433996 - Pág. 22



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JEOVA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/01/1991 Idade: 28a8m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742642
Requisição: 1003306 Solicitação: 22/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1316093 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 22/09/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- HIPODENSIDADES NA SUBSTÂNCIA BRANCA PROFUNDA PERIVENTRICULAR.
- 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 22/09/2019

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:36:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210365130200000013646363>

Número do documento: 21020210365130200000013646363

Num. 14433996 - Pág. 23



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: **JEOVA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/01/1991 Idade: 28a8m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742642
Requisição: 1003307 Solicitação: 22/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1324129 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 22/09/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:36:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020210365130200000013646363>

Número do documento: 21020210365130200000013646363

Num. 14433996 - Pág. 24



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: **JEOVA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/01/1991 Idade: 28a8m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742642
Requisição: 1003307 Solicitação: 22/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1316094 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas completas recentes na base do 3° e 4° metacarpos.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 27/09/2019

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: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JEOVA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/01/1991 Idade: 28a8m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247971
Requisição: 1003357 Solicitação: 22/09/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
Controle: 1316210 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 31

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas completas recentes na base do 3° e 4° metacarpos.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 27/09/2019

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: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 2

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JEOVA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/01/1991 Idade: 28a8m16d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247971
Requisição: 1004901 Solicitação: 25/09/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
Controle: 1319384 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 31

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 25/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas recentes alinhadas na base do 3° e 4° metacarpos fixadas com fios metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE



CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINI

Jeová Alves de Oliveira

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.222.015 DATA DE EMISSÃO 24/09/13

NOME JEÓVA ALVES DE OLIVEIRA

RAIÃO FRANCISCA ALVES PEREIRA

NATURALIDADE RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO 12/01/1991

DOC. CENSO 86572 L A94 F 047

EXP. TERESINA-PI 11/12/96

CPF 719.253-50

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.119 DE 20/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PL 9020170690688 Nº 014208083154
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 272720240
ODD RENAVAM
RANTRC
EXERCÍCIO 2019

NOME
JEDVA ALVES DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ
04971925350
PLACA
NIS-3549

PLACA ANT / UF
9C2JC4110BR315352
CHASSI
GASOLINA

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NEHUHA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS
CAP / POT / CL
002P/124CC
CATEGORIA
PARTIC
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
VENO COTA UNICA
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PREMIO TRANSFERO (R\$)
PAGO
PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICOES

TERESINA
DATA
4/10/2019

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR
EDNAN SOARES COUTINHO
DIRETOR GERAL DO DENATRAN - PL

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 014208083154 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 04971925350
ODD RENAVAM
RANTRC
EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 4/10/2019

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS
CAP / POT / CL
002P/124CC
CATEGORIA
PARTIC
COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
VENO COTA UNICA
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO
CUSTO DO SEGURO (R\$)
40,04

CUSTO DO BILHETE (R\$)
0,32
CUSTO DO SEGURO (R\$)
84,58
DATA DE QUILACAO
30/09/2019

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 09.346.40810001-04

MAR/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717310 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 4º METACARPO DIREITO. P 13/14/15

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO K E ALTA MÉDICA.
P 2/3/7/8/9/10

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

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 LEVE DA MÃO DIREITA.

**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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466215/19

Vítima: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 049.719.253-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2019

Titular do CPF: JEOVA ALVES DE
OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JEOVA ALVES DE OLIVEIRA : 049.719.253-50

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: 23/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717310 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 4º METACARPO DIREITO. P 13/14/15

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO K E ALTA MÉDICA.
P 2/3/7/8/9/10

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

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 LEVE DA MÃO DIREITA.

**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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

1

Num. 14433996 - Pág. 34