

Screenshot of a web browser showing a digital court process interface and a scanned document.

The browser tabs include: Email - Alan...; Controle de...; Mensagens; Sistema S; Audiências; Consulta pr...; 0824654-13...; Baixar o arq...; (41) WhatsApp; Apps; Processo Virtual Na...; (3) WhatsApp; Portal do Advogado; Google; Zimbra: Movimenta...; Publicações; Email - Alana Lima...; Online Video Cutter...; and others.

The main page title is "ProceComCiv 0824654-13.2020.8.18.0140" and the sub-page title is "14433942 - CONTESTAÇÃO (2781145 CONTESTACAO 01)".

The left sidebar shows a tree view of documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 14433926 - CONTESTAÇÃO (2781145 CONTESTACAO 01)
 - 14433996 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14434004 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14434011 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14434015 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

The right panel displays a scanned document titled "downloadBinario.seam" with the date "02 Feb 2021". The document header includes "2781145-C3/2021-00111/ INVALIDEZ" and the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI" is visible, along with the process number "Processo: 08246541320208180140".

The system status bar at the bottom shows icons for Windows, network, battery, and the date/time "02/02/2021 10:36".



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	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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, 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 n° 15291658



Pag 01669/01670 - Carta 01 - INVAL IDEZ



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

Núm. 14433996 - Pág. 1



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, retorno 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

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: 4 - Nome completo da vítima:

049.719.253-50

Irene 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: Irene Alves de Oliveira	6 - CPF: 049.719.253-50		
7 - Profissão: Comerciante	8 - Endereço: R. Alto do Pianuí	9 - Número: 6923	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Teresina	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64090-365
15 - E-mail: Irene.alves2@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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389

CONTA: 57.498

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
Nome: _____
Data: _____
Município: _____
Identidade: _____
CPF: _____
RG: _____

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Irene Alves de Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

o Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





AUTODATENDIMENTO - 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: JEONA 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. 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

568589

Data/Hora

22/09/2019 - 00:46

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

ALTO DA RESSURREIÇÃO

Endereço

AV: MIRTIS MELAO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3222015

Mãe: FRANCISCA ALVES PEREIRA

Endereço: RUA ALTO DO PIAUÍ, Nº 6922

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

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 FRETE 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

Luccy Kelto Leal Parába
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7





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 3481	02 Data do chamado 12/11/19	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 00:46	05 Chegada ao local 01:55
Local da Ocorrência	06 Saída do local 01:05	07 Chegada ao 1º hospital 01:15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	10 Endereço Avenida Mirtes Melo	11 Bairro Altos da Ressurreição	12 Município-UF THE-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Jeaná dues de Oliveira	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
	16 Idade 28	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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 - Transférência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	<input checked="" type="checkbox"/> 01
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1- Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2- Condutor <input type="checkbox"/> 3- Passageiro <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" 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 ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 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 Puls. Resp. PA TAX. Satt0	101 22 130x90 98%
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	29	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10	25 Local da lesão 	
	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	30 Fratura 1- Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Fred	32 Hospital de Destino HUT	Glicemias Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)		
Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input checked="" type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim 2- Não		<input type="checkbox"/> Não Removido
Observações Interdisciplinar	Pct motociclista pilotoando sem usar o capacete sofreu colisão com cavalo apresentando ferimento na testa, escoriações no crânio e contusões dorsais + edema na mão direita, escoriações nos MMJ, seguindo consciente, orientado, não tem desorientação, nega dor cervical ou toracica. Repouso.				
	Socorristas Médico AE/TE	Responsável pela recepção Flávia Macado		Enfermeiro Condutor	Lima
		Data: 27.11.2011			

Diretriz de Atendimento
Motociclistas

Responsável pela recepção

27.11.2011



HOSPITAL DE
EMERGÊNCIA DE TERESINA - HET
Rua Dr. Otávio Ribeiro, 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

*Nurs O K.
Ontopedia*

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA		Prontuário: 145795
Mãe: FRANCISCA ALVES PEREIRA	Pai: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA	
End. Resid.: RUA ALTO DO PIAUÍ, 6923 - ALTO RESSURREIÇÃO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 12/01/1991	Idade: 28a8m10d	Sexo: Masculino
Responsável: FRANCISCA ALVES PEREIRA	Fone: 86-9	
Profissão: AUTONOMO	CNS: 705005859542556	
G. Instrução: Fundamental Completo	Documento: CPF: 049.719.253-50	
DADOS DO ATENDIMENTO:		
Código: 742642	Entrada: 22/09/2019 01:16:18	Convênio: S.U.S
Motivo da Procura		Proced: 0301060029
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOCICLISTA)		
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
Breve História Clas. Risco:		Indefinido

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bmp 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 AEREAIS PERTURBADAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL. NEGA DOR CERVICAL À MOBILIZAÇÃO PASSIVA/ATIVA.

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÖNTGENOS OU SIBILOS, PULSO:101.BPM ,SAT 02:98%

C) ABDOME FLÁCIDO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTAVEL. PRESSAO:130/90MMHG

D) PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. GLASGOW 15

E) ESCORIAÇÃO EM COURO CABELOUDO, 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: :

francisco Alves Pereira

Assinatura Paciente ou Responsável

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



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



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. 9



COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-81 [Insc. Estadual: 19.301.383-5]
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - 1446 B-1
Regime especial de Imprensa Autorizado pelo SEFAZ 06/98

Para contato
concessão, informe
esse NÚMERO:

0797314-4

025137228

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

JULHO/2019 VENCIMENTO
05-08-2019

CONSUMO 762 TOTAL A PAGAR (R\$)
795,82

FRANCISCA ALVES PEREIRA
R. ALTO DO PIAUI 6923 GURUPI
CPF: 00000306261375
CEP: 64.000-365 - TERESINA

		DATAS DA LEITURA
Atual:	9750	Atual:
Anterior:	8988	Anterior:
Constante de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	762	Emissão:
Consumo Faturado:	762	Apresentação:
Forma de Faturamento:	CARGO DE IRREGULARIDADE	Dias de Consumo:
	ECAM	29-07-2019

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA 32

Classif/Subclasse Ligação Número Medidor Posta Código Fai. Média 12 meses

COMERCIAL	MONO	A2041846	DESCRIÇÃO DA CONTA 3.1.3.1	697
Métrico: kWh				
Médiano: consumo				
JUN/19	730	CONSUMO	762 A R\$ 0,935338 =	712,72
MAI/19	767	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		57,50
ABR/19	784	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		2,81
MAR/19	685	MULTA POR ATRASO 05/19-00		14,34
FEV/19	511	JUROS POR ATRASO 05/19-00		6,45
JAN/19	579	ADICIONAL BANDEIRA ANARELA -	10,35	
DEZ/18	476			,
NOV/18	674			
OUT/18	888			
SET/18	804			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 762 - 0,529903

PERÍODO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora suspeita a suspensão do fornecimento de
06/2019 - 748,91 energia elétrica a partir de 15-08-2019. O seu pagamento po-
derá ensayar também a inclusão do nome do consumidor na
SUSPA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ C965.045A.929C.51E4.39C0.4514.7600.20EZ

Base de Cálculo:

Distribuição:		Aliquota ICMS:	712,72	520,29
Energia:	140,14	Valor do ICMS:	27,00%	
Transmissão:	270,86	Valor do PIS:		192,43
Encargos:	45,81	Valor do COFINS:	1,40%	7,32
Tributos:	22,42	INDICADORES DE CONTINUIDADE	6,48%	33,74
	233,49	FIC	DMIC	DIOM
	pic			

Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual Mensal Mensal

União:

Realizado	5,19	10,39	20,77	3,36	6,73	13,45	2,94	EUSO:
Conjunto	0,00			0,00	Periodo de apanhado:		0,00	





Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO
0651869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Inscrição Estadual: 10.301.383-5
Nota Fiscal / Documento Energia Elétrica – Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizado 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: 000084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	21824	Atual:
Anterior:	21430	Anterior:
Constance de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:
Consumo Médio:	394	Emissão:
Consumo Faturado:	394	Apresentação:
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo: 30

DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fis.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	218

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 I 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 - 4,78
FEV/19 297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
JAN/19 365	
DEZ/18 57	
TARIFA SOM TRIBUTOS: 8 A 394 - 6.65310	

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.

Você pode entrar por este link de volta ao menu das 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes que entre por meio das nossas canais de atendimento.

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	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	1,48% 3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	6,49% 17,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DMC		EPIC		DMBC		DMCB
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Último:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Extrato:	0,00			0,00			0,00

Endereço: TERESINA-MACAÍBA Período de geração: 08/2019 100% 100,91



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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

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

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email				Telefone comercial(DDD)	CEP (86) 99534-6565

Teresina, 20 de Dezembro de 2019
Local e Data

Nelle Rose Soares Magres
Assinatura do Declarante

101/2017



Ulton



NOME DO PACIENTE: Jéova 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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 3481	02 Data do chamado 12/19/19	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 00:46	05 Chegada ao local 01:53			
Local da Ocorrência	06 Saída do local 01:05	07 Chegada ao 1º hospital 01:16	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital				
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Míster Melão	11 Bairro Alto da Ressurreição	12 Município-UF THE-PI	Código IBGE				
	13 Ponto de referência							
	14 Nome Jeavá dues de Oliveira	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado						
	16 Idade 28	1-Dia <input checked="" type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado				
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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 - Transfériencia 15 - Exames complementares	16 - Outros				
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>				
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 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 Pulseira 101 Resp. 22 PA 130x90 TAX. 98% Sat02 98%	25 Local da lesão			
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	29	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10 - Muito Intensa					
	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	30 Fratura 1-Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/>					
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>						
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT	<input type="checkbox"/> Não Removido						
	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>						
Observações Interdisciplinar	Pot motociclista pilotando sem usar o capacete sofreu colisão com cavalo apresentando ferimento na testa, escoriações no couro cabeludo desmolidade + edema na mão direita, escoriações nos MMJ, seguindo consciente, orientado, parado, desequilibrado nega dor cervical ou torácica. Repreende sua acompanhante.							
	Socorristas Médico <input type="checkbox"/> AE/TE <input type="checkbox"/> Responsável pela recepção Bruno Jucido	Enfermeiro Condutor Lima						
	versão: 27.11.2011							

HOSPITAL D

ENCIA DE TERESINA - HUT

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

Nursa O K.
Untopedia

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 22/09/2019 01:21:24

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULPA03)

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 742642	<u>Entrada:</u> 22/09/2019 01:16:18	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060029
<u>Motivo da Procura</u> <u>(Conforme Paciente/Acomp):</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

<u>SSVV:</u>	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>				
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 AERÉAS PERTURBADAS, FÁSICO SEM COLAR CERVICAL. NEGA DOR CERVICAL À MOBILIZAÇÃO PASSIVA/ATIVA.				
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÚNCOS OU SIBILOS, PULSO:101.BPM ,SAT Q2:98%				
C) ABDOME FLÁCIDO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTAVEL. PRESSAO:130/90MMHG				
D) PUPILLAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES. GLASGOW 15				
E) ESCORIAÇÃO EM COURO CABELEUDO, LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE E MMII				

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	<i>RAIO-X REALIZADO</i>	<i>DATA 22/09/2019 HORA 05:20</i>	<i>DATA 22/09/2019 HORA 01:08</i>
<u>Exames Complementares:</u>	<i>TÉCNICO: ...</i>	<i>... lemnus</i>	<i>CID: ...</i>
<i>Idoso Juvenil Físico Clínico</i>			
<i>Natal - RN - 6504</i>			
<i>CONFIRMADO</i>			
<i>Dra. Ana Paula Alencar</i>			
<i>MEDICA</i>			
<i>CRM-PI 7405</i>			
<u>Prescrição Médica:</u>			

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



Unidade Geral

Paciente vítima de acidente de motocicleta, subconsciente, eupneico em um ambiente, abdome globoso, indolor à pressão, sem visceromegalias.

Conclusão: Alta da Unidade geral.

Dr. Antônio Almeida
MÉDICO
CRM-PI 725


Nuromurgia - 4 hs - 22.9.19.

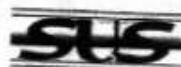
Paciente acidente de moto com lesão em:

região frontal. Aos exames: Glasgow 5, consciente, orientado, pupila 3x3 mm. Nega perda de consciência, náuseas ou vômitos.

TS do crânio: Sem lesões neurocrânicas.

Conclusão: Alta da neurocirurgia / Avaliação ortopédica





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856Código da
Internação:

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-Ender: **RUA ALTO DO PIAUÍ , 6923 - ALTO RESSURREIÇÃO - CEP: 64000-010**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:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

5623

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408020210** 27-Procedimento Solicitado:**REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPIANOS**

Tempo SUS

1

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.

Dr. André Luís S. Nogueira
MEDICO
CRM-PB 15930

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 VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

46-No. Bilhete:

47-Série:

48-CBOR:

49-CNAE Empresa:

50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Francisca Alves Pereira

Usuário: (CLAUDIO AURELIO)

Consulta Local: 742642

Consulta SUS:



Fis Nº _____
Proc. Nº _____
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>345795</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Erosão 3-4: MTC I</u>	CIRURGIA:	<u>Ortopedia</u>
ANESTESIA:	<u>Dra Patrícia</u>	Nº DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGÃO:	<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.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N°	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N°	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>05</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>03</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>01</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>80</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>03</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	<u>20</u>	UNID.	<u>01</u>	<u>crepom</u>	Ree	<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Enviado para o Centro Cirúrgico Maternidade SAAE - HUT			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>[Handwritten signature]</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL							
PROLENO				CIRCULANTE: <u>Jnez</u>			

MOD. 94





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

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

JUSTIFICATIVA

*Fratura 9-25- MTC 0 proximal
e 2FK 1,5--*



*Dr Cláudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3327 CRM-MA 3337
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 *Jeanne Alves da Oliveira*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura 4.25 - MTC D*

Operação - Tipo *Ortopedia*

Cirurgião *Dr. Cláudio Nogueira* | 1º Assistente

2º Assistente *SBOT CRM-MA 9337* | 2º Assistente

Instrumentador(a) | Anestesista | Anestesia

Anestésico(a)

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

Diagnóstico Pós-operatório
Fratura reduzida e imobilizada com fixação externa.

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*O Pcl - ODK na lateral
② Angulo + Anterópolis + Lâmpada Interna
③ Redução de fratura + fixar
c 2FK 1,5--
④ Curto + fob*

*Dr. Cláudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 9337
CMLPI 3321 CRM-MA 9337
SBOT 12681*

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE						Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <i>José Alves de Oliveira</i>							
DATA: 25/09/19	P. ARTERIAL <i>120 X 78</i>	PULSO <i>81</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA <i>Mega alergias</i>							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Sem alterações</i>							
SISTEMA DIGESTIVO							
ESTADO MENTAL							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							
APLICADO AS EFEITOS							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES <i>① Oxfazolina 2g ② Midazolam 5mg ③ Fentanil 50mcg ④ Dicrometabromo 40mcg ⑤ Sondonitratina 4mcg</i>	
AVP LIQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					SEQUÊNCIA <i>⑥ Dipirona 2g</i>	
TEMPERATURA T	<i>Salto 260</i>					BPB	
P. ARTERIAL V O PULSO	ECG 38					<i>⑦ Lidocaína 137.41 VC + 25ml</i>	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS <i>XO OK</i>							
DURAÇÃO							
TÉCNICAS <i>Blóqueio de pleura braquial axilar guiado</i>							
OPERAÇÕES <i>Tto cir. Fratura Mão ①</i>							
CIRURGIÕES <i>Claudia</i>							
ANESTESISTAS							
PARITICULARIDADES							
INCIDENTE - ACIDENTE <i>por USG com A.</i>							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							

76 - HUT



**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: **JEJOVA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUÍ, 6923 - ALTO RESSURREIÇÃO - 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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3216 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	JEOVA ALVES DE OLIVEIRA (Prontuário: 145795)		
Endereço:	RUA ALTO DO PIAUÍ , 6923 - ALTO RESSURREIÇÃO - 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: SUS	

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 integros.
- 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

Juiz Suaáde Lima
 Matrícula 17409
 SAÚDE - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:36:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021036513020000013646363>
 Número do documento: 2102021036513020000013646363

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

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JEJOVA 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

Cod. SIA: 0204040094

RELATÓRIO:

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 3º e 4º metacarpos.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 27/09/2019

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://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021036513020000013646363>
Número do documento: 2102021036513020000013646363

Num. 14433996 - Pág. 25

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Bedenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente:	JEJOVA 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
Requisição:	1003357	Solicitação: 22/09/2019	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1316210	Convênio: SUS	Atendimento: 247971
		Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS	
		CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 235 LEITO 31

Cod. SIA: 0204040094

RELATÓRIO:

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 3º e 4º 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

Assinado pelo(a) MÉDICO
Médico: CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CRM: PI 1341
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

Foto: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente:	JEJOVA ALVES DE OLIVEIRA (Prontuário: 145795)		
Endereço:	RUA ALTO DO PIAUÍ , 6923 - ALTO RESSURREIÇÃO - 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: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 31

Cod. SIA: 0204040094

RELATÓRIO:

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 3º e 4º 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

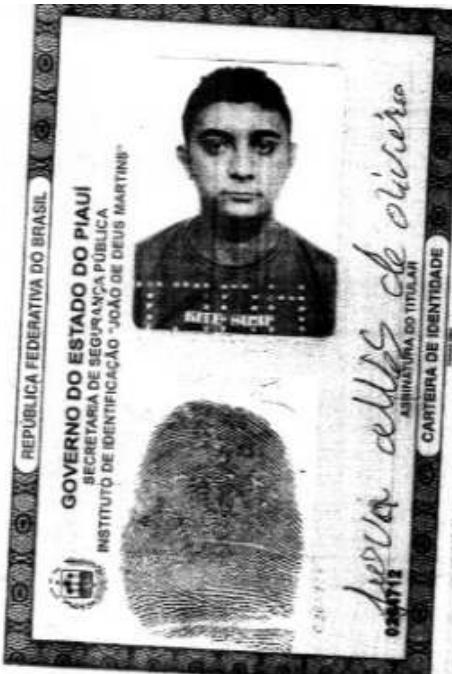
Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 10:36:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102021036513020000013646363>
Número do documento: 2102021036513020000013646363

Num. 14433996 - Pág. 27

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.222.015
NOME	JOHNOEOVA ALVES DE OLIVEIRA
FILHO/A	
FRANCISCA ALVES PEREIRA	
RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA	
MATRIZ/PADE	
TERESINA - PI	
DATA DE NASCIMENTO	12/01/1991
DOC. CERIM.	CERI. NASC. 86572 L A94 F 047
EXP. TERESINA - PI	11/12/96
CPF	719.253-50
TELEFONE	085-3222-0150
ASSINATURA DO DIRETOR TECNICO	
LEI nº 7.110 DE 29/06/89 - DECRETO nº 00.350/85	





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14
4.119.262	
NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES	
FILIAÇÃO	
CÍCERA MARQUES JUCUNDÉ ANTONIO SOARES JUCUNDÉ	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971
CRATEUS-CE DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. 529 L A14 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78 TERESINA - PI	
Pedro Gomes de Moraes Pedro Crimini	
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83	



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. 29

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

**DETRAN - PI 90201706904698 N° 014208083154
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA

ODO. REAVAM

RNTBC

EXERCÍCIO

272720240

2019

JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

NOME

PLACA NIS - 3549

CHASSI 9C2J4110BR315352

PAS/MOTOCICLETA/ENGENHUMA

GASOLINA

MARCA/ MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

COMBUSTÍVEL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VEND. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

VENDE COTA ÚNICA

IPVA

PRÉMIO TANQUE/AR (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PAGOU PARCELAMENTO / COTAS

1º IPVA

2º

3º IPVA

CONTRAN

TERESINA
 APARATO MÁRTINS DO REGO LOBÃO
 DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI
 SERTÃOZINHO

DATA 4/10/2019

PI N° 014208083154 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - 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**

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

VIA

REAVAM

DATA EMISSÃO

PLACA

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

2019

DATA DE QUITAÇÃO

30/09/2019

PRÉMIO TARIFÁRIO

DETAN/PI (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN/PI (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE QUITAÇÃO

DATA DE PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

30/09/2019

PRÉMIO TARIFÁRIO

DETAN/PI (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN/PI (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE QUITAÇÃO

DATA DE PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

30/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.408/0001-04

MAR/2018

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:

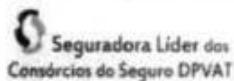
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



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. 32

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



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. 33

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <i>jeova alves de Oliveira</i>			
RG: <i>3.622.015</i>	ORG. EMISSOR: <i>ISI/PI</i>	D. EXPEDIÇÃO: <i>24/09/13</i>	
CPF: <i>049.719.253-50</i>	ESTADO CIVIL: <i>Solteiro</i>	PROFISSÃO: <i>Comerciante</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua alto do pinai</i>		Nº: <i>6923</i>	
COMPLEMENTO: <i>casa</i>		BAIRRO: <i>Cenipí</i>	
CIDADE: <i>Teresina</i>	ESTADO: <i>PI</i>	CEP: <i>64.090-365</i>	TELEFONE: <i>988302432</i>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <i>NELLE ROZE SOARES MARQUES</i>			
RG: <i>4.119.262</i>	ORG. EMISSOR: <i>SSS/PI</i>	D. EXPEDIÇÃO: <i>23/09/14</i>	
CPF: <i>840.173.173-91</i>	ESTADO CIVIL: <i>SOLTEIRA</i>	PROFISSÃO: <i>RECUSO</i>	
ENDEREÇO: <i>RUA 24 DE JANEIRO</i>		Nº: <i>544</i>	
BAIRRO: <i>CENTRO</i>	CIDADE: <i>TERESINA</i>	UF: <i>PI</i>	CEP: <i>64000-235</i>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

jeova alves de Oliveira

Data do acidente de trânsito : 22/09/2019

Cobertura da vítima : Invalido



LOCAL / DATA: *Teresina Piaui*

jeova alves de Oliveira

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina

ANNA BARBARA ALVES DA SILVA SILVEIRA - Técnica Interna
CPF: 049.719.253-500 - RG: 3.622.015 - TERESA - PI - tel: 988302432
e-mail: anna_barbara.silva@sepi.pi.gov.br

ONHEIRO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JEÓVA ALVES DE OLIVEIRA NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TESTE DE 22/09/2019 DA VERDADE DOU FÉ

ESPINHA, 22/11/2019, 12:59:38

AANB7417.DH87 CONSULTE EM www.tjpi.jus.br

JANA CAROLINE SILVEIRA MAGALHÃES SRECREANTE

R\$ 3,00 RJ R\$ 1,00 TJP R\$ 0,10 Reteq R\$ 0,25 Total R\$ 4,35

NOTAS DE TESOURO
mm Bento Almeida
Tereza
e Freitas Silveira
rma

