



Número: **0802673-75.2018.8.18.0049**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí**

Última distribuição : **24/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO (AUTOR)		LUCIANO DE CARVALHO E SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
6522061	27/09/2019 13:20	CARTA	CARTA
6522063	27/09/2019 13:20	CARTA3	CARTA
6313392	18/09/2019 03:19	Despacho	Despacho
3815407	27/11/2018 08:47	Despacho	Despacho
3503673	08/10/2018 17:57	Certidão	Certidão
3411109	24/09/2018 15:58	Petição Inicial	Petição Inicial
3411121	24/09/2018 15:58	boletim de ocorrencia e documentos	Documentos
3411122	24/09/2018 15:58	comunicado de decisão	Documentos
3411123	24/09/2018 15:58	indeferimento da indenização	Documentos
3411124	24/09/2018 15:58	petição	Petição
3411125	24/09/2018 15:58	procuração e documentos - Cópia	Procuração
3411126	24/09/2018 15:58	procuração e documentos	Procuração
3411129	24/09/2018 15:58	prontuario medicos e documentos	Documentos
3411134	24/09/2018 15:58	aviso de sinistro	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ

Rua General Propício de Castro, 394, Centro, Valença do Piauí-PI, CEP: 64.300-000

CARTA DE CITAÇÃO

(Conforme Provimento 20/2014 da CGJ/PI)

QUALIFICAÇÃO DA PARTE: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP.: 20.031-205.

FINALIDADE: CITAR/INTIMAR a parte acima qualificada para comparecer à audiência designada para o dia **19/11/2019**, na Sala de Audiência da Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí, na Rua Gal. Propício de Castro, 394, centro, nesta cidade de Valença do Piauí-PI, no **horário constante nos respectivos despachos exarados nos seguintes processos:**

0802731-78.2018.8.18.0049
0802728-26.2018.8.18.0049
0802727-41.2018.8.18.0049
0802673-75.2018.8.18.0049
0802318-65.2018.8.18.0049
0802316-95.2018.8.18.0049
0802302-14.2018.8.18.0049
0802300-44.2018.8.18.0049
0802095-15.2018.8.18.0049
0802067-47.2018.8.18.0049

ANEXOS: Petição inicial, despacho.

OBSERVAÇÃO: Este processo tramita eletronicamente no sistema PJe.

Valença do Piauí-PI, 27 de setembro de 2019

Francisco das Chagas Sousa Gomes
Analista Judicial da Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
VARA ÚNICA DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ DA
COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ

Rua General Propécio de Castro, 394, Centro, VALENÇA DO PIAUÍ - PI - CEP: 64300-000

PROCESSO Nº: 0802673-75.2018.8.18.0049

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito, Seguro]

AUTOR: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Retifico o despacho id 3815407.

Ato contínuo, considerando o disposto na **Portaria nº 08/2019**, expedida por este Juízo, **em 29.08.2019, Dje nº8740**, que trata da Semana de conciliação, instrução e julgamento de processos do seguro DPVAT, a ser realizada nesta Vara Cível desta Comarca de Valença do Piauí, no período de 19 a 21 de novembro deste ano, **designo o dia 19.11.2019, às 12h00min**, para a realização da referida audiência neste processo, a qual será precedida de perícia médica, a cargo dos peritos nomeados por este magistrado, nos termos da referida Portaria.

Determino a intimação da seguradora SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, ora demandada, para comparecer à referida audiência, devidamente representada, podendo indicar Assistente Técnico, que poderá acompanhar o exame pericial.

Intime-se a parte autora, por seu advogado, via publicação no Diário da Justiça do TJ/PI, ressaltando que também poderá indicar Assistente Técnico, para acompanhar a perícia.

Ressalto que o mutirão deverá obedecer ao disposto na Portaria nº 08/2019, acima referida, importando em extinção processual sem resolução do mérito, a ausência ao ato judicial.

Intimo as partes por seus Advogados, neste ato.

VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 18 de setembro de 2019.

Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Valença do Piauí



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
VARA ÚNICA DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ DA
COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ

Rua General Propécio de Castro, 394, Centro, VALENÇA DO PIAUÍ - PI - CEP: 64300-000

PROCESSO Nº: 0802673-75.2018.8.18.0049

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito, Seguro]

AUTOR: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Ante as especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento posterior a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art.139, VI, do NCPC e em consonância com o Enunciado n.35 da ENFAM ("Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo").

Cite-se a parte Ré para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, devendo constar da carta/mandado que a ausência de contestação implicará no decreto da revelia e na presunção de veracidade dos fatos elencados na petição inicial.

Expedientes necessários.

VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 26 de novembro de 2018.

Juscelino Norberto da Silva Neto
Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Valença do Piauí



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
GABINETE DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ DA COMARCA DE
VALENÇA DO PIAUÍ
Rua Eurípides Martins, Centro, VALENÇA DO PIAUÍ - PI - CEP: 64300-000

PROCESSO Nº: 0802673-75.2018.8.18.0049

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito, Seguro]

AUTOR: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Certidão de Triagem

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação e do pedido de Gratuidade da Justiça, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

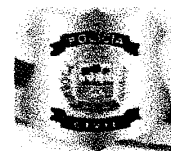
VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 8 de outubro de 2018.

CLARISSE MARIA DA COSTA E SILVA
Secretaria da Vara Única da Comarca de Valença do Piauí

em anexo.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CIVIL PIMENTEIRAS-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 117/2017

REGISTRO DO ACIDENTE

Delegacia responsável: Delegacia de Polícia Civil do Município de Pimenteiras-PI.

Data e hora da comunicação: 26.11.2017 (domingo), às 09h15min da manhã.

Comunicante: *ANTÔNIO LEÔNIDAS SOBRINHO (vítima não fatal)*

Endereço: Rua Eliziário Barbosa, nº 819, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI.

DADOS DO ACIDENTE

Data e hora da ocorrência: 12.05.2017 (terça-feira), às 09h10min da manhã.

Tipo de via: Ruas, pavimentadas (calçamento) Zona: Urbana

Local do fato: Cruzamento das Ruas Maria Socorro Marreiros com Eliziário Barbosa, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI, mais precisamente ao lado desta Unidade Policial (*Delegacia de Polícia Civil do Município de Pimenteiras/PI*).

Condições locais: Via simples, com pavimentação calçamento, regular estado de conservação, traçado em retilíneo, perfil plano, período diurno, boa visibilidade, tempo bom.

DADOS DAS PESSOAS ENVOLVIDAS

Pessoas envolvidas: condutor e carona Tipo: Condutor e carona vítimas não fatais

Comunicante/condutor do veículo: *Antônio Leônidas Sobrinho* Nacionalidade: Brasileiro

Naturalidade: Pimenteiras/PI Profissão: Aposentado Estado civil: Casado

Idade: 79 Anos Data de nasc.: 05.04.1938 Escol.: Alfabetizado

Doc.: RG. 1.909.026-SSP/PI CPF/MF: 319.937.613-49 CNH: Não habilitado

Filiação: Maria Josefa de Araújo e de Manoel Leônidas de Araújo

Endereço: Rua Eliziário Barbosa, nº 819, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI.

Pessoa: Carona/vítima

Tipo: Carona vítima não fatal

Nome do carona: *MARIA DAS MERCÊS PIMENTEL LEÔNIDAS* Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Pimenteiras/PI Profissão: Aposenta Estado civil: Casada

Idade: 67 Anos Data de nasc.: 20.02.1950 Escol.: Alfabetizada

Doc. RG. 2.071.496 SSP/PI CPF/MF.: 716.292.033-00 CNH.: Não habilitada

Filiação: Antônia Maria da Silva e de Raimundo da Silva Pimentel

Endereço: Rua Eliziário Barbosa, nº 819, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI.

DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO

Veículo: Motocicleta

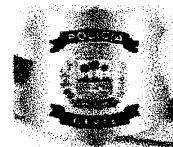
Marca/modelo: Honda/CG 125

Cor: Branca

Antônio Leônidas Sobrinho
Antônio Leônidas Sobrinho
Comunicante/condutor/vítima



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CIVIL PIMENTEIRAS-PI



Continuação do Boletim de Ocorrência nº 117/2017

fls. 02

Placa: PS-489 Município: São Paulo/SP Chassi: CG125BR1457612
Ano fabricação: 1985 Ano/modelo: 1985 Cód. renavam: 86924198
Licenc. em nome: João Leônidas e Silva CPF/CNPJ: 00006639329808
Condutor do veículo: Comunicante/vítima Combustível: Gasolina
Endereço: Consta no documento do referido veículo Local de reg.: Detran/SP
Outras informações: O comunicante/conductor relatou que trafegava conduzindo este veículo (motocicleta) pela Rua Eliziário Barbosa, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI.

TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

- NÃO INFORMADO

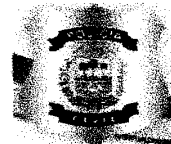
HISTÓRICO DO ACIDENTE

O comunicante/conductor supramencionado (*Antônio Leônidas Sobrinho*), acima já qualificado relatou que trafegava conduzindo esse veículo (motocicleta) pela sobredita Rua (*Rua Eliziário Barbosa, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI*); Levando de carona na garupa desse veículo sua esposa supramencionada e qualificada (*Maria das Mercês Pimentel Leônidas*); Que no cruzamento dessa Rua com a Rua Maria do Socorro Marreiros, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI, mais precisamente ao lado desta Unidade Policial (*Delegacia de Polícia Civil do Município de Pimenteiras/PI*), situada nesse cruzamento uma motocicleta não identificada, veículo este, que estava sendo conduzido pelo condutor também não identificado, que trafegava pela Rua Maria do Socorro Marreiros, e desenvolvia velocidade inadequada para o local, bateu (*colidiu*) com a motocicleta dele comunicante; Que o condutor desconhecido, empreendeu fuga do local desse acidente sem prestar socorro a vítima/comunicante; Que por conta dessa batida (*colisão*) com a moto desconhecida o mesmo perdeu o controle da motocicleta que conduzia acima descrita e juntamente com sua esposa veio cair ao chão desse cruzamento; Que em decorrência dessa queda o comunicante/conductor (*vítima*) sofre *luxação traumática em joelho direito, escoriações em mão direita e região pré-auricular de acordo com ficha de atendimento hospitalar da Unidade Mista de Saúde Mônica Reis Dantas – UMSMRD, situada na Cidade de Pimenteiras/PI, primeiro local onde o mesmo (condutor) juntamente com sua esposa (vítimas), foram atendidos, logo após os mesmos sofrerem esse acidente; Sendo que o comunicante/conductor foi atendido e internado nessa Unidade Mista de Saúde; Que sua esposa/carona foi liberada logo após ser atendida; Sendo que sua esposa (carona) sofreu apenas escoriações leve pelo corpo; Que no dia 15.05.2017 (segunda-feira) o mesmo foi transferido dessa Unidade Mista de Saúde para o Hospital Regional Eustaquio Portela – HREP, situado na Cidade de Valença do Piauí/PI, segundo local de atendimento e internação do comunicante de acordo com boletim de admissão, termo de responsabilidade, fiança e autorização, histórico de enfermagem, folha de evolução e prescrição médica, ficha de sistematização da assistência de enfermagem – SAE, desse Hospital Regional, exame de Raios-X da articulação coxa-femoral direita, exame de Raios-X e exame computadorizado*

Antônio Leônidas Sobrinho
Antônio Leônidas Sobrinho
Comunicante/conductor/vítima



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CIVIL PIMENTEIRAS-PI



Continuação do Boletim de Ocorrência nº 117/2017.....

fls. 03

do Joelho direito, exames estes, realizados na Clínica do Dr. Antônio Bomfim, situado na Cidade de Valença do Piauí/PI, conforme cópias dessas documentações em anexos; Que no dia seguinte (16.05.2017) terça-feira a vítima (comunicante/conductor) foi transferido desse Hospital Regional (Hospital Eustaquio Portela) para o também Hospital Regional Justino Luz – HRJL, situado na Cidade de Picos – Piauí, onde o mesmo foi internado e submetido à uma intervenção cirúrgica para redução da luxação desse membro, e mais fixação externa de acordo com ficha de atendimento de emergência, boletim de admissão, laudo, relatório cirúrgico, formulário de regulação, ficha de registro de enfermagem no trans-operatório centro cirúrgico e outras documentações médicas desse Hospital Regional (Justino Luz), conforme, cópias dessas documentações, também em anexos; sendo que sua esposa/carona sofreu apenas escoriações leve. Disse ainda o comunicante/conductor que desse local (do acidente) foi levado juntamente com sua esposa/carona para a sobredita Unidade Mista de Saúde, onde os mesmos foram atendidos pelo Dr. Osmar Silva A. Filho, médico plantonista; sendo que ele comunicante foi internado nessa Unidade Mista de Saúde por conta da gravidade dos ferimentos sofridos nesse acidente; Que sua esposa foi liberada logo apos ser atendida. O comunicante/conductor declarou que está fazendo o presente registro de ocorrência para que o mesmo (vítima) possa requerer junto a seguradora o prêmio do seguro DPVAT e outras providências. Era o que tinha a certificar, o referido é verdade e dou fé. Eu, João da Cruz Moraes Mendes – 2º Sgt. “PM”, Comandante do Gpm, que o digitei. //

Pimenteiras/PI, 26 de novembro de 2017

Comandante do Gpm

João da Cruz Moraes Mendes
2º Sgt. PM Cnte. do Gpm.
RG.: 10.3.741-76/PMPI.

Antônio Leônidas Sobrinho
Antônio Leônidas Sobrinho
Comunicante/conductor/vítima

“As informações contidas neste B.O. de AT., são de inteira responsabilidade deste Comunicante, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB)”.

RUA MARIA DO SOCORRO MARREIROS, Nº 715, BAIRRO-CENTRO-DEL. DE POLÍCIA CIVIL DE PIMENTEIRAS-PI-FONE: 015 (89) 98144 – 6435



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO DO INTERIOR
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PIMENTEIRAS-PI

ADITAMENTO

Aditamento, nº 004/2017-DPCP/PI

Ref.: Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito, nº 117/2017-DPCP/PI

Aos vinte e seis (26) dias do mês de novembro (11) do ano de dois mil dezessete (2017), nesta Cidade de Pimenteiras, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia Civil local, onde se achava presente o Sr. João da Cruz Moraes Mendes-2º Sgt. "PM", Comandante do Grupamento de Polícia Militar – GPM, do Município de Pimenteiras/PI, comigo escrivão *Ad Hoc* do seu cargo ao final nomeado e assinado, aí compareceu o carona/vítima de acidente automobilístico a Sra. MARIA DAS MERCÊS PIMENTEL LEÔNIDAS, brasileira, Piauiense, natural de Pimenteiras/PI, casada, aposentada, alfabetizada, com 67 anos de idade, (data de nasc. 20.02.1950), portadora da Carteira de Identidade RG. 2.071.496 SSP/PI, CPF/MF. 716.292.033-00, filha de Antônia Maria da Silva e de Raimundo da Silva Pimentel, residente e domiciliada na Rua Eliziário Barbosa, nº 819, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI; para comunicar que juntamente com seu esposo ANTÔNIO LEÔNIDAS SOBRINHO, sofreram acidente de trânsito, fato este, ocorrido por volta das 09h10min da manhã do 12.05.2017 (terça-feira), conforme consta no sobredito Boletim de Ocorrência (B.O. nº 117/2017-DPCP/PI), registrado mediante ato declaratório pelo seu esposo supramencionado (Antônio Leônidas Sobrinho), qualificado no referido B.O. em anexo; OCORRE QUE O VEÍCULO ENVOLVIDO NESSE FATO (ACIDENTE DE TRÂNSITO), DESCRITO NO SOBREDITO BOLETIM DE OCORRÊNCIA (MOTOCICLETA MARCA/MODELO HONDA/CG 125, COR BRANCA, PLACA PS-489, MUNICÍPIO SÃO PAULO/SP, CHASSI CG125BR1457612, CÓDIGO RENAVAM 86924198, ANO FAB. 1985, ANO/MODELO 1985, COMBUSTÍVEL GASOLINA, LICENCIAMENTO EM NOME DO SENHOR JOÃO LEÔNIDAS E SILVA, CPF. 066.393.298.08, ESTE JÁ FALECIDO, CONFORME CÓPIA DE CERTIDÃO DE ÓBITO EM ANEXO, FILHO DO CARONA/VÍTIMA E DE SEU ESPOSO, AMBOS ACIMA JÁ MENCIONADOS, VEÍCULO ESTE, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE ERA CONDUZIDA PELO PAI DO FALECIDO, E QUE ATUALMENTE O VEÍCULO ACIMA DESCRITO PERTENCE POR HERANÇA A SENHORA MARIA DAS MERCÊS PIMENTEL LEÔNIDAS, (CARONA/VÍTIMA), ESTA GENITORA DO FALECIDO PROPRIETÁRIO DA MOTO. Era o que tinha a certificar, o referido é verdade e dou fé. Eu, _____ Antônio Orlando de Sousa Veloso, escrivão "Ad-Hoc" que o digitei.//

Comandante do Gpm.:

João da Cruz Moraes Mendes-
2º Sgt. PM Cmt. do Gpm.
RG.:10.3.741-76/PMPI

PLAIA MARIA ALVES SOCORRO MARREIROS - SS/PM - PIAUÍ - CENTRO - DELEGACIA CIVIL DE PIMENTEIRAS - PI - FONE: (89) 98144-6435

RUA MARIA SOCORRO MARREIROS - Nº 715 - BAIRRO CENTRO - DELEGACIA E GPM DE PIMENTEIRAS - PI FONE: (89) 98144 - 6435

[illegible]

SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	
1997	
DATA EMISSÃO	
02/06/98	
SP Nº 299749774	BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONSORCIO
NOME/ENDEREÇO	
JOAO LEONIDAS E SILVA	
RUA ANDORINHA	
JD MARISA	
00006637329808	
05106	
137	
PLACA	
FS489	
SERVIÇO	

10



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
JOÃO LEÔNIDAS E SILVA

MATRÍCULA
148064 01 55 2016 4 00069 019 0037843- 31
(LIVRO Cº 69 TERMO: 37843 FOLHA: 19)

SEXO **MASCULINO** COR **PARDA** ESTADO CIVIL E IDADE **SOLTEIRO, 51 ANOS**

NATURALIDADE **PIMENTEIRAS-PI** DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO **RG. 17.972.637 SSP-PI CPF nº 06639329808.** ELEITOR **SIM**

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
FILIAÇÃO: **ANTÔNIO LEONIDAS SOBRINHO e MARIA MÉRCEZ E SILVA**
RESIDÊNCIA: **POVOADO CURRALINHOS, ZONA RURAL, PIMENTEIRAS-PI**

DATA E HORA DE FALECIMENTO
DEZESSETE DO MÊS DE JUNHO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSEIS ÀS 23:55 DIA **17** MÊS **06** ANO **2016**

LOCAL DE FALECIMENTO
HOSPITAL SÃO MARCOS, TERESINA-PI

CAUSA DA MORTE
ACIDOSE METABÓLICA-INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA AGUDIZADA-SEPSE DE FOCO PIOARTRITE DE JOELHO-ARTRITE GOTOSA

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) **CEMITÉRIO DO POVOADO CURRALINHO, ZONA RURAL DE PIMENTEIRAS-PI** DECLARANTE **ALVINA DE JESUS SANTOS**

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
RAULIO DYEGO MARTINS VIEIRA - 5150 PI

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES
SEM INFORMAÇÃO

NOME DO OFÍCIO: **1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL**
OFICIAL(A): **ANTÔNIO UBIRATAN VIEIRA**
MUNICÍPIO: **TERESINA-PI**
ENDEREÇO: **RUA DAVID CALDAS Nº 325 CENTRO/NORTE**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: **TERESINA, PI, 11 de Julho de 2016.**

Assinatura do Oficial

Martuza Vieira Paulo Frazão
Escrivã Substituta
1º Cartório do Registro Civil
Teresina - Piauí



ARPENBRASIL AA 003860802 BRP

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO</u>	CPF da Vítima <u>319.937.613-49</u>	Data do Acidente <u>12/05/2017</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

PIMENTEIRAS-PI, 08 de MARÇO de 2018
Local e Data

Antonio Leonidas Sobrinho
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO**

Nº Sinistro: **3180172521**

Vítima: **ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO**

Data do Acidente: **12/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180172521**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/05/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01813/01814 - carta_04 - INVALIDEZ



00069007

Carta nº 12785824

SINISTRO 3180172521 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Rio de Janeiro-RJ

BENEFICIÁRIO ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

CPF/CNPJ: 31993761349

Posição em 22-09-2018 15:03:53

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

“PROCURAÇÃO”AD-JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO, brasileiro, ESTADO CIVIL: CASADO, CPF: 319.937.613-49, RG: 1.909.026, SSP/PI, END. R. ELIZIÁRIO BARBOSA Nº 819, B. URBANO, CIDADE: PIMENTEIRAS - PI, CEP: 64-320-000.

OUTORGADOS: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA, Advogado, OAB/PI 10.014 – OAB/MA 14.693-A, inscrito no CPF sob n. 881.413.573-87, (86) 99998-5974, lucianocarvalho.adv@gmail.com, com escritório profissional na Avenida Coronel Costa Araújo, n. 2355, 303 A, Bairro de Fátima, CEP n. 64049-460, Teresina/PI.

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia(m) e constitui(em) seus bastantes procuradores, os advogados acima qualificados, a quem conferem amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula **AD-JUDICIA ET EXTRA**, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos dos outorgantes em qualquer repartição Pública (Federal, Estadual ou Municipal, administrativamente, e/ou em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal) ou Privada, receber intimações, confessar, reconhecer a procedência do(s) pedido(s), renunciar ao(s) direito(s), que se funda(m) a(s) ação(ões), acionar, desistir, transigir, transacionar, passar recibos, dar quitação, em juízo ou extrajudicialmente, sobre o(os) negócio(s) do(a) Outorgante(s) no que lhe for incumbido, podendo requerer, alegar, defender todo(s), o(s) seus direitos e justiça, em quaisquer demandas ou causas cíveis, trabalhistas ou criminais, movidas ou por mover contra o(s) outorgante(s), em que seja(m) autor(es) ou réu(s), podendo requerer citações, ajuizar ações de todas as espécies, contra quem de direito, apelar, agravar ou embargar, qualquer sentença ou despacho, assinar termo de Inventariante, partilhas amigáveis, oferecer exceções, libelo, embargos, suspeição, contraditar ou inquirir testemunhas, concordar, discordar ou impugnar cálculos, avaliações, descrição de bens, seguindo umas e outras, até final de decisão, usando todos os recursos legais em fim, incluindo também CLÁUSULA “AD NEGOTIA”, onde autoriza o OUTORGADO a fazer levantamento e valores creditados em favor do OUTORGANTE, através de alvará judicial, receber alvará em nome do próprio, RPV ou Precatório, junto ao Banco do Brasil, CEF ou qualquer instituição financeira, que façam qualquer referência aos depósitos judiciais em que o OUTORGADO atuou como patrocinador da ação, podendo ainda, receber alvará judicial, substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, pelo que reputo(amos) como bom firme e valioso.

PIMENTEIRAS – PI, 22 de MAIO de 2018.

Outorgante: Antonio Leonidas Sobrinho
Dispensado autenticação, art. 105 da Lei 13.105/15 (NCPC)



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0908360-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Cont. de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 001053880

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2017	01/09/2017	58	38,69

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
R. ELIZIARIO BARBOSA 819 CENTRO B-URBANO
CPF: 00031993761349
CEP: 64.320-000 - PINENTEIRAS

ROT: 241.430.17.26.082000

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	12575		Atual:	25/08/2017
Anterior:	12517		Anterior:	26/07/2017
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	26/09/2017
Consumo Medido:	58		Emissão:	25/08/2017
Consumo Faturado:	58	FCAH	Apresentação:	25/08/2017
NORMAL				30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
Residencial	1000	A1234567		1.1.1.1	41
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo					
JUL/17	0				
JUN/17	0				
MAI/17	44				
ABR/17	44				
MAR/17	56				
FEV/17	49				
JAN/17	58				
DEZ/16	47				
NOV/16	36				
OUT/16	54				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 58 - 0,665483					
DESCRIÇÃO DA CONTA					
CONSUMO 58 A R\$ 0,620537 =				35,99	
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)				2,70	
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -				0,19	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -				1,45	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Prazo de validade da tarifa social: 01/09/2017 a 31/08/2018. Para constantes futuras vencidas, consulte o site da Eletrobras.	

RESERVADO AO FISCO E7D6.5BC7.11BC.E217.7317.1778.61A6.2C6A	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Distribuição:	9,80
Energia:	12,02
Transmissão:	1,45
Encargos:	3,74
Tributos:	8,98
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Base de Cálculo:	35,99
Alíquota ICMS:	20,00%
Valor do ICMS:	7,19
Valor do PIS:	0,32
Valor do COFINS:	1,47

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
6,47	12,94	25,89	3,61	7,22	14,45	3,80	
0,00			0,00			0,00	

ANO ORIENTE 06/2017 7,31

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

RG nº 1.909.026, data de expedição 13/07/16, Órgão SSPI/PT

CPF nº 319.937.613-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. ELIZÁRIO BARBOSA</u>
Número	<u>819</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO URBANO</u>
Cidade	<u>PIMENTEIRAS-PI</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64.320.000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PIMENTEIRAS-PI 22/05/2018

Assinatura do Declarante: Antonio Leonidas Sobrinho

“PROCURAÇÃO”AD-JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO, brasileiro, ESTADO CIVIL: CASADO, CPF: 319.937.613-49, RG: 1.909.026, SSP/PI, END. R. ELIZIÁRIO BARBOSA Nº 819, B. URBANO, CIDADE: PIMENTEIRAS - PI, CEP: 64-320-000.

OUTORGADOS: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA, Advogado, OAB/PI 10.014 – OAB/MA 14.693-A, inscrito no CPF sob n. 881.413.573-87, (86) 99998-5974, lucianocarvalho.adv@gmail.com, com escritório profissional na Avenida Coronel Costa Araújo, n. 2355, 303 A, Bairro de Fátima, CEP n. 64049-460, Teresina/PI.

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia(m) e constitui(em) seus bastantes procuradores, os advogados acima qualificados, a quem conferem amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula **AD-JUDICIA ET EXTRA**, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos dos outorgantes em qualquer repartição Pública (Federal, Estadual ou Municipal, administrativamente, e/ou em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal) ou Privada, receber intimações, confessar, reconhecer a procedência do(s) pedido(s), renunciar ao(s) direito(s), que se funda(m) a(s) ação(ões), acionar, desistir, transigir, transacionar, passar recibos, dar quitação, em juízo ou extrajudicialmente, sobre o(os) negócio(s) do(a) Outorgante(s) no que lhe for incumbido, podendo requerer, alegar, defender todo(s), o(s) seus direitos e justiça, em quaisquer demandas ou causas cíveis, trabalhistas ou criminais, movidas ou por mover contra o(s) outorgante(s), em que seja(m) autor(es) ou réu(s), podendo requerer citações, ajuizar ações de todas as espécies, contra quem de direito, apelar, agravar ou embargar, qualquer sentença ou despacho, assinar termo de Inventariante, partilhas amigáveis, oferecer exceções, libelo, embargos, suspeição, contraditar ou inquirir testemunhas, concordar, discordar ou impugnar cálculos, avaliações, descrição de bens, seguindo umas e outras, até final de decisão, usando todos os recursos legais em fim, incluindo também CLÁUSULA “AD NEGOTIA”, onde autoriza o OUTORGADO a fazer levantamento e valores creditados em favor do OUTORGANTE, através de alvará judicial, receber alvará em nome do próprio, RPV ou Precatório, junto ao Banco do Brasil, CEF ou qualquer instituição financeira, que façam qualquer referência aos depósitos judiciais em que o OUTORGADO atuou como patrocinador da ação, podendo ainda, receber alvará judicial, substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, pelo que reputo(amos) como bom firme e valioso.

PIMENTEIRAS – PI, 22 de MAIO de 2018.

Outorgante: Antonio Leonidas Sobrinho
Dispensado autenticação, art. 105 da Lei 13.105/15 (NCPC)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

Nº de inscrição
319937613-49

Data de Nascimento
05/04/38



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Antonio Leonidas Sobrinho
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **28/05/95**

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

319937613-49

05/04/1938

PIMENTEIRAS-PI

MARIA JOSEFA DE ARAUJO

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

1.909.026

13/07/16

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

319.937.613-49

EXP PIMENTEIRAS-PI 15/05/90

CERT. CASAM. 26 L 04 F 103

05/04/1938

PIMENTEIRAS-PI

MANOEL LEONIDAS DE ARAUJO

MARIA JOSEFA DE ARAUJO

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

1.909.026

13/07/16

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0908360-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Cont. de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 001053880

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2017	01/09/2017	58	38,69

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
R. ELIZIARIO BARBOSA 819 CENTRO B-URBANO
CPF: 00031993761349
CEP: 64.320-000 - PINENTEIRAS

ROT: 241.430.17.26.082000

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	12575		Atual:	25/08/2017
Anterior:	12517		Anterior:	26/07/2017
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	26/09/2017
Consumo Medido:	58		Emissão:	25/08/2017
Consumo Faturado:	58	FCAH	Apresentação:	25/08/2017
NORMAL				30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
Residencial	1000	A1234567		1.1.1.1	41

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUL/17	0	CONSUMO 58 A R\$ 0,620537 =	35,99
JUN/17	0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,70
MAI/17	44	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,19
ABR/17	44	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,45
MAR/17	56		
FEV/17	49		
JAN/17	58		
DEZ/16	47		
NOV/16	36		
OUT/16	54		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 58 - 0,665483			

MENSAGENS IMPORTANTES / REATIVO DE VENCIMENTO	
Prazo para pagamento: 05/09/2017, sob o risco de interrupção do fornecimento e cobrança de multa por atraso.	
Prazo para pagamento: 05/09/2017, sob o risco de interrupção do fornecimento e cobrança de multa por atraso.	
Prazo para pagamento: 05/09/2017, sob o risco de interrupção do fornecimento e cobrança de multa por atraso.	
Prazo para pagamento: 05/09/2017, sob o risco de interrupção do fornecimento e cobrança de multa por atraso.	
Prazo para pagamento: 05/09/2017, sob o risco de interrupção do fornecimento e cobrança de multa por atraso.	
Prazo para pagamento: 05/09/2017, sob o risco de interrupção do fornecimento e cobrança de multa por atraso.	
Prazo para pagamento: 05/09/2017, sob o risco de interrupção do fornecimento e cobrança de multa por atraso.	
Prazo para pagamento: 05/09/2017, sob o risco de interrupção do fornecimento e cobrança de multa por atraso.	
Prazo para pagamento: 05/09/2017, sob o risco de interrupção do fornecimento e cobrança de multa por atraso.	

RESERVADO AO FISCO E7D6.5BC7.11BC.E217.7317.1778.61A6.2C6A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	9,80	Base de Cálculo:	35,99
Energia:	12,02	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,45	Valor do ICMS:	7,19
Encargos:	3,74	Valor do PIS:	0,32
Tributos:	8,98	Valor do COFINS:	1,47

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
6,47	12,94	25,89	3,61	7,22	14,45	3,80	
0,00			0,00			0,00	

ANO ORIENTE 06/2017 7,31

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

RG nº 1.909.026, data de expedição 13/07/16, Órgão SSPI/PT

CPF nº 319.937.613-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. ELIZÁRIO BARBOSA</u>
Número	<u>819</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO URBANO</u>
Cidade	<u>PIMENTEIRAS-PI</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64.320.000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PIMENTEIRAS-PI 22/05/2018

Assinatura do Declarante: Antonio Leonidas Sobrinho



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTEIRAS
UNIDADE MISTA DE SAÚDE MÔNICA REIS DANTAS
CNPJ: 06.554.893/0001-01

J. 909.026 P.O

ATENDIMENTO HOSPITALAR

Paciente: Antônio Leonides Sobrinho Idade: 79
Endereço: Eliziani Barbosa Nº 22 Cidade: Pimenteiras
Documento: 704 1081 8028 7878 Tipo: SV S

SINAIS VITAIS					
HORA	T	P	R	PA	GLICEMIA
09:28				140 x 100	291

Data: 12/05/2017

Atendimento Médico

Acidente Trauma, esta apresenta Fratura Escafóide
distal Fêmur Direita, apresenta amarração na Rota
e Região Proximal

CD: 5F0192500ml / dia

Recebera soro 140 (EV)

Voltaram sang. na sonda

Regulado aguardando

internação.

Daniela Teixeira Mota
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 001.085.045

09:30

Dr. Osmar Silva A. Filho
Médico
CRM/PI 6451

Anotações de Enfermagem

Pet vítima de atropelamento, apresentando
fratura em fêmur direito.

Daniela Teixeira Mota
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 001.085.045

(06.554.893/0001-01)

UNIDADE MISTA DE SAÚDE

MÔNICA REIS DANTAS

RUA LANDRI SALES, 406

CENTRO - CEP 64.320-000

PIMENTEIRAS-PI

Conforme com o original

em 07/08/2017

Atendimento	1016155
Data:	15/05/2017
Hora:	17:12

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT, 0
VALENCA DO PIAUI/PI

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIH
ANA

92935 - ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 05/04/1938 - 79 ANOS, 1 MÊS, 26 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: 009- CLINICA MEDICA - M Leito: 009/004 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 826 - FRANCISCO ANTÃO ARRAES DE CARVALHO
CPF: 319.937.613-49 RG: 1909026 SIS Prenatal: CNS: 704108180287978

Endereço: ELIZIARIO BARBOSA, N° 819 - CEP: 64320-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2208106- PIMENTEIRAS/PI Profissão: APOSENTADO Telefone: (89) 9993-59850

Pai: MANOEL LEONIDAS DE ARAUJO Mãe: MARIA JOSEFA DE ARAUJO

Responsavel: GILVAN - - FILHO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input checked="" type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

Paciente diz ter sofrido um
acidente automobilístico com lu-
xações do joelho direito, com sus-
peita de fratura

Diagnóstico Provável

Luxações e fratura em joelho
direito

FRANCISCO ANTÃO ARRAES DE CARVALHO
Responsável pela admissão

Responsável pela alta

"TERMO DE RESPONSABILIDADE, FIANÇA E AUTORIZAÇÃO"

Atendimento
1016155

Paciente
ANTONIO LENONIDAS SOBRINHO

Eu, abaixo qualificado,

Responsável GILVAN	Parentesco FILHO	Telefones
Paciente ANTONIO LENONIDAS SOBRINHO	Nascimento 05/04/1938	RG 1909026
Endereço ELIZIERIO BARBOSA	Leito 009/004	Enfermaria 009 CLINICA MEDICA - M

Ao final firmado (a) como responsável pelo(a) paciente retroqualificado(a) autorizo por esta a melhor forma de direito, a internação hospitalar do(a) referido paciente neste HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA, sediado a AV SANTOS DUMONT, 0 de VALENCA DO PIAUI.

Esta autorização, representando minha livre expressa manifestação de vontade, inclui internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico, realização de exames e prova complementares, invasivas ou não, hemoterapia e tudo mais que se fizer necessário para o tratamento do(a) paciente.

Declaro para os devidos fins que, NO CASO DO PACIENTE POSSUIR CONVÊNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) SUS

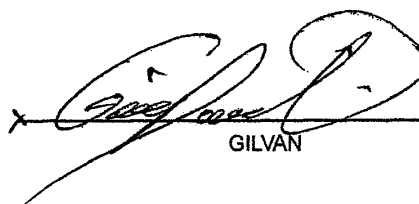
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

Declaro, ainda, estar ciente de que a ausência de autorização, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, impede o hospital efetuar cobrança de quaisquer valores do convênio médico.

Assim, ASSUMO, PERANTE O HOSPITAL, TOTAL RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS DECORRENTES DO ATENDIMENTO MÉDICO FORNECIDO AO PACIENTE ACIMA CITADO, CASO O CONVÊNIO NÃO FORNEÇA A INDISPENSÁVEL AUTORIZAÇÃO, sendo certo que, nesta hipótese, os valores corresponderão aqueles praticados pelo próprio convênio em idêntica situação, ressaltando-se também o direito de solicitar a transferência do paciente caso seu estado de saúde o permita, arcando apenas com o custo do tratamento efetivamente fornecido.

Declaro para os devidos fins que, no caso do(a) paciente não possuir convênio, a internação se torna particular, aceito os valores da tabela particular praticada pelo Hospital, conforme cópia que me é apresentada neste ato. Concordo também que as contas serão fechadas e apresentadas a cada 3 (três) dias, e abatidas do valor pago antecipadamente, por ocasião da internação, sendo certo que quando a mesma atingir 70% (setenta por cento) do valor pago antecipadamente, farei novos pagamentos quantos forem necessários.

VALENCA DO PIAUI, 15 de maio de 2017


GILVAN

Testemunha

Nome: _____

RG: _____

Testemunha

Nome: _____

RG: _____

HISTORICO DE ENFERMAGEM

Nome: **1016155 - ANTONIO LENONIDAS SOBRINHO**

Data: 15/05/2017

Enfermaria: **009** Leito: **009/004** Sexo: **M** Data de nascimento: **05/04/1938**

Responsável: Gillian

Condições de chegada: (☒) Ambulante () Cadeirante () Acamado

1- DIAGNÓSTICO:

MÉDICO: 826 - FRANCISCO ANTÃO ARRAES DE CARVALHO

2- MOTIVO DA INTERNAÇÃO/QUEIXAS:

Acidente automobilístico + fratura em pulso direito

3- INTERNAÇÕES ANTERIORES: () Sim () Não Motivo:

4- TIPO DE TRATAMENTO: (☒) Clínico () Cirúrgico

5- ANTECEDENTES PESSOAIS:

(☒) Hipertensão () Dislipidemia (☒) Diabetes () Doença renal () TB () HAN () Anemia
() Cardiopatia () Neoplasia () Doença mental () Doença degenerativa () Hemotransfusão

6- ANTECEDENTES FAMILIARES

7- HÁBITOS/COSTUMES:

Sono e repouso: (☒) padrão normal () insônia

Hábitos alimentares: Normais

Atividade física () faz exercício regularmente (☒) sedentário(a)

() Tabagismo () Etilismo () Outros:

8- EXAME FÍSICO:

Peso: _____ kg Estatura: _____ m IMC: _____ P.A: 130x60 mmHg

P: 68 bpm T: _____ °C FR: _____ rpm

Dor: () Sim () Não

Sistema Neurológico:

Nível de consciência: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado () Desorientado

() Sonolento () Torporoso () Outros:

Estado emocional: (☒) Calmo () Agitado () Agressivo () Depressivo

Sistema Tegumentar:

Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Cianótica () Ictérica () Hidratada

() Desidratada () Sudoréica () Exantema () Ferimentos () Escaras () Outros:

Textura: (☒) Normal () Lisa () Áspera () Enrugada

Sistema Respiratório:

(☒) Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Bradpneico

Oxigenoterapia () Sim (☒) Não

Sistema Gastrointestinal:

Abdome: (☒) Simétrico () Assimétrico () Plano () Globoso () Flácido () Doloroso a palpação

Alimentação: (☒) Oral () SNG () Enteral

Alterações: () Náuseas () Vômitos () Epigastria () Diarréia () Constipação

Eliminações intestinais (característica/frequência): Normais

Sistema Geniturinário:

Diurese: (☒) Normal () Disúria () Anúria () Poliúria () Oligúria () Polaciúria

() Hematúria () Incontinência

Sonda: () SVD () Sonda de alívio

Sistema musculoesquelético:

MMSS: (☒) Mobilidade: () Edema:

MMII: (☒) Mobilidade: () Edema:

Enf. Celina César

Enfermeiro(a)/COREN

Coren: 348658

STADO DO PIAUÍ

OSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

1. SANTOS DUMONT, S/N - TELEFAX: (89) 3465-1015
LENÇA DO PIAUÍ - PI

PACIENTE: *Antônio Secundino Sobrinho*

APTº

ENF. *09*

LEITO: *01*

REGISTRO:

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO MEDICAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

RUBRICA

*Às 17:30 h do dia 15.05.17
pt admitido em clínica
médica, procedente de Pi-
mentais, 79 anos, consci-
ente, orientado, HAS e DM,
sem alergias medicamentos-
as. História de acidente
motociclista, ferimentos
edemaciados com suturas
5500- PA = 130x60 mmHg, P: 61
bpm, GC = 173 mg/dl*

COPIA
CORREN-PI 820988-15
Antônio Secundino Sobrinho

Secretaria Estadual de Saúde

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO

VALENÇA DO PIAUÍ - PI

ENFERMARIA.

LEITO: 04.

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

PACIENTE: Antonio Lencinas.

DATA: 15, 05, 17

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

[illegible]

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
Sócio Titular
Idade 79 Anos

Dir.

Data de aquis: 19/6/2017
Hora de aquis: 15:01:27

CLINICA
Antonio Bonfim
R. Manoel de Araújo, 100 - Vila
Bela - Salvador - BA - 41300-000

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
Sócio Titular
Idade 79 Anos

Exame FÊMUR
Lado direito
Met. Solic. 2 - Ant. Ant. NE

CLINICA ANTONIO BONFIM - VALENÇA - PI

PRACA GETULIO VARELA, 297 - VALENÇA - PI
FONE (PAX) 893 3445 - 1201
e-mail: antoniobonfim@bonfim.com

Exame FÊMUR
Lado de exp. 3 186
Met. Solic. D - Ant. Ant. NE

CLINICA ANTONIO BONFIM VALENÇA - PI

Nome: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

Requisitante: DR. LUAN ANTUNES

Data: 15/05/2017

Nº.: 36366

EXAME: RX DA ARTICULAÇÃO COXA-FEMORAL DIREITA (02 INC).

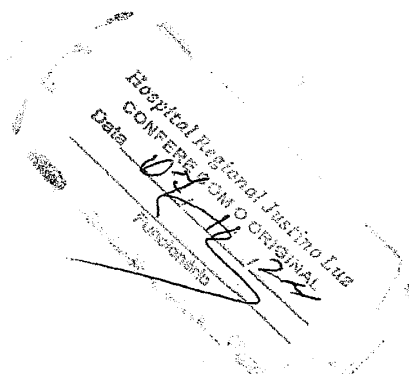
RELATÓRIO

- Textura óssea reduzida.
- Luxação do joelho.
- Estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Aumento de volume das partes moles.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

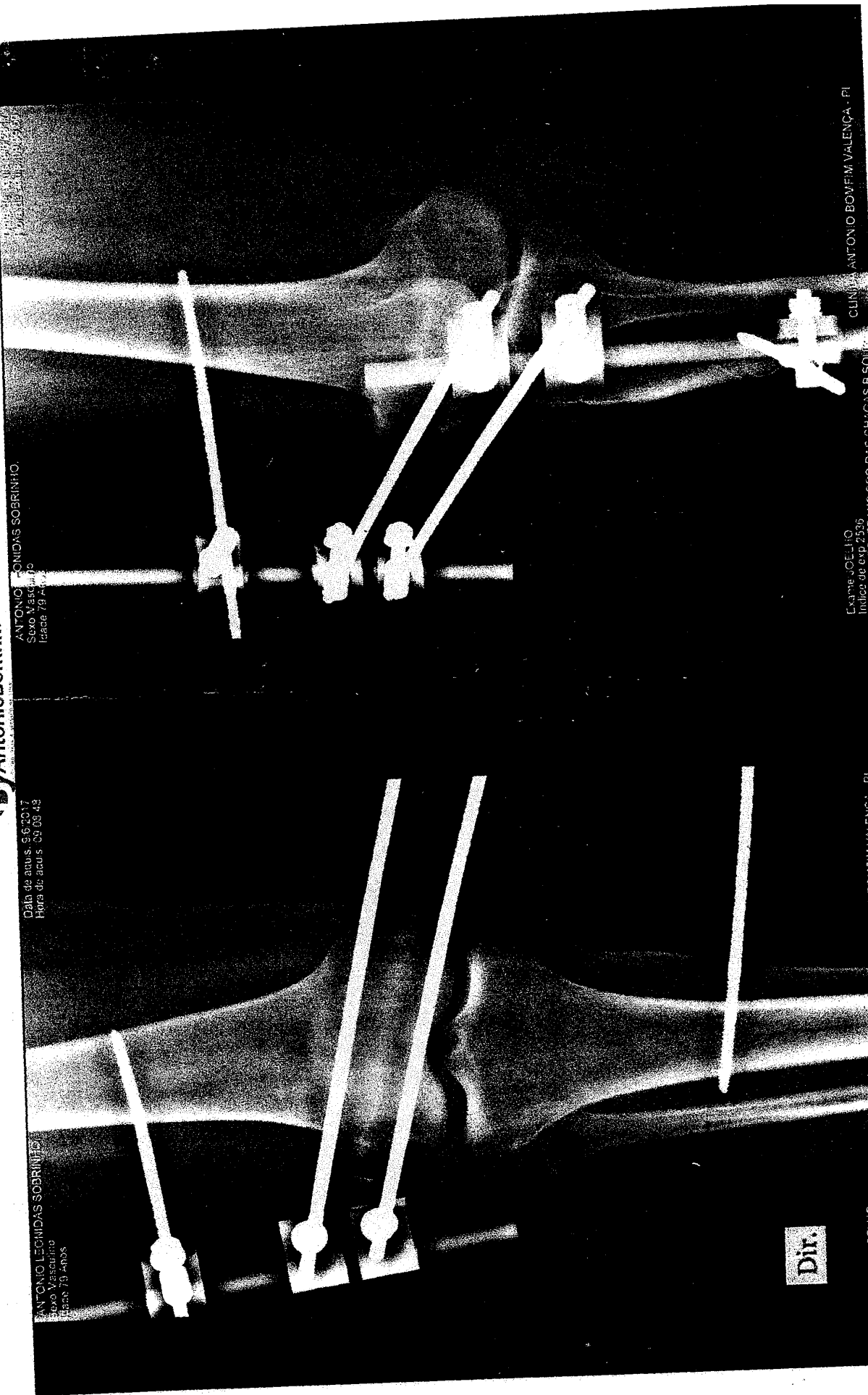
Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí



Data de aquis: 06/03/17
Hora de aquis: 09:03:43

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
Sexo Masculino
Idade: 79 ANOS

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
Sexo Masculino
Idade: 79 ANOS



Exame JOELHO
Indice de exp: 2510
Med. Solic: DR. FRANCISCO DAS CHAGAS B. SOUZA

Exame JOELHO
Indice de exp: 2536
Med. Solic: DR. FRANCISCO DAS CHAGAS B. SOUZA

CLINICA ANTONIO BOVFIM VALENÇA - PI

CLINICA ANTONIO BOVFIM VALENÇA - PI

PRACA GETULIO VARELA, 287 - VALENÇA - PI
FONE: (33) 3333-1111
e-mail: clc@antonioBomfim.com.br

Nome: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
Requisitante: FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUSA
Data: 09/06/2017

Nº.: 36366

EXAME: RX DO JOELHO DIREITO (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese projetado no terço médio / distal do fêmur e do terço proximal da tíbia.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí

Nome: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
Data: 31/07/2017
Convênio: PARTICULAR

Nº.: 36366

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADO JOELHO DIREITO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais com espessura de 5 mm e intervalo de 7 mm.

RELATÓRIO:

- Irregularidade dos contornos dos côndilos femorais e do planalto tibial medial.
- Demais superfícies e espaços articulares conservados.
- Grupos musculares preservados.
- Espessamento do ligamento colateral medial.
- Ausência de lesões expansivas ou linfonodomegalias.
- Derrame articular de moderado volume.
- Discreto alargamento de planos gordurosos estudados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1- Irregularidade dos contornos dos côndilos femorais e do planalto tibial medial.
- 2- Espessamento do ligamento colateral medial.
- 3- Derrame articular de moderado volume.

(04 filmes)

Obs.: Exame realizado em Tomógrafo Multislice que reduz pela metade o tempo de exposição à radiação ionizante.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO
CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BQMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0429465
Data: 16/05/2017
Funcionario: AMPARO

Registro: 369220
Hora: 00:01:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

Nasc.: 05/04/1938 Idade: 79 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS Profissão:
End.: ELIZIARIO BARBOSA, 819 - Bairro: CENTRO
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: MARIA JOSEFA DE ARAUJO

CPF: - RG: 1909026 - SUS: 704108180287978

Civil: CASADO(A) CEP: 64320-000

Cidade: PIMENTEIRAS/PI

Pai: MANOEL LEONIDAS DE ARAUJO

Clinica: ORTOPEDIA

Demanda: AMB DE PIMENTEIRAS

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: _____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 00:15:10

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: LUXAÇÃO EM JOELHO DIREITO

Alergias:

Medicação Usual:

PA: 130/70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 197 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: REFERE HAS+DM+CARDIACO (SIC)

Conduta:

197473 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora: _____

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência ☐ Destino: _____

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
Paciente ou Responsável

2925 - RONALDO CORTEZ BARROS
Médico Responsável

Atendimento	1042245
Data:	16/05/2017
Hora:	1:55

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH
AMPARO

BOLETIM DE ADMISSÃO

369220 - ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 05/04/1938 - Cor/Raça: 03-PARDA

79 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 13- ORTOPEDIA - M Leito: C13/64 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 1700 - RAIMUNDO NONATO RODRIGUES DE MOURA

CPF: RG: 1909026 CNS: 704108180287978 SIS Prenatal:

Endereço: ELIZIARIO BARBOSA, N° 819 - CEP: 64320-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2208106- PIMENTEIRAS/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: MANOEL LEONIDAS DE ARAUJO Mãe: MARIA JOSEFA DE ARAUJO

Responsavel: MARIA LEDA PIMENTEL LEONIDAS - 89 99907-1385 - FILHA

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

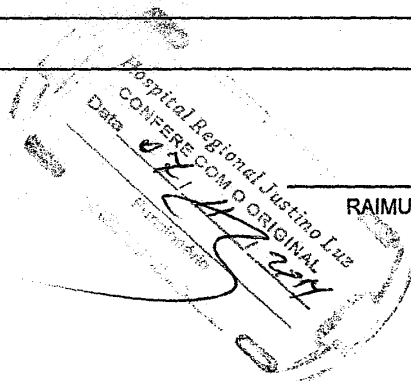
Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



RAIMUNDO NONATO RODRIGUES DE MOURA



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SC INTEI

AH E 221/10060276-1

HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

OLUBERA: 16/05/2017

PROLID: 04000000

Dr. Osvaldo Alves Costa
Médico Auditor SUS - Píscos
Cartão SUS 100.550.547.830.000
CPF: 011.541.413-49/CRM-PI 314

ASSINATURA: [Assinatura]

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

369220

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704108180287978

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/04/1938

9 - SEXO

Masc.

X 1

Fem.

2

03

10 - NOME DA MÃE

MARIA JOSEFA DE ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO

() -

12 - ENDEREÇO

ELIZARIO BARBOSA, 819 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PIMENTEIRAS

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2208106

15 - UF

PI

16 - CEP

64320-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com laceração anterior de joelho direito há 4 (quatro) dias

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Curativo

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx de joelho direito

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

lucção anterior de joelho (D) S821

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Curativo

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050683

26 - CLÍNICA

CRM

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

67356419300

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Osvaldo C. Bar

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/05/17

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Osvaldo Cordeiro Bar

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 -) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 -) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 -) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CODUMENTO

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - COB. ORGÃO EMISSOR

M22080001

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

Dr. Osvaldo Alves Costa
Médico Auditor SUS - Píscos
Cartão SUS 100.550.547.830.000
CPF: 011.541.413-49/CRM-PI 314

Assinatura paciente/Responsável

Maria Lúcia Romênia Leonidas

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE <i>Antônio Cleonides Sales</i>	SEXO	APTº	LEITO
PRONTUÁRIO	CONVÊNIO	DATA	HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Luxação Anterior do joelho direito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA		INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA <i>Redução de Luxação + fixação externa</i>	CIRURGIA REALIZADA <i>Primeira redução luxação com ajuda de outro médico</i>		
TIPO DE CIRURGIA REALIZADA: <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO		<i>submetido a cirurgia plástica de redução</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA		<i>na luxação + fixação externa</i>	

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

1) Redução com anestesia + tração + redução + fixação externa
2) Redução interna + fixação externa
3) Redução interna + fixação externa

INTERCORRÊNCIAS

Artrite reumatoide

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
QUAIS?		Nº DE PEÇAS:	LOCALIZAÇÃO:
MATERIAL ESPECIAL	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO	<input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO	

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		CREMEB

CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

Cód. 2185

Gráfica Brilo (66) 3422-0200

HOSPITAL REGIONAL
EUSTÁQUIO PORTELA

VALENÇA-PI

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO VALENÇA DO PIAUI
CNPJ: 03.593.504/0011-00
TELEFAX: (89) 3465-1369 / 3465-1015

FORMULÁRIO DE REGULAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Antonio Leandor Sobrinho
DN: 05/04/38 IDADE: 79 anos
NOME DA MÃE: Maria Josefa de Araújo
ENDEREÇO: _____
CIDADE DE ORIGEM: Pimenteiras - PI
RESPONSÁVEL: _____

II - DADOS DO ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE: Paciente sofreu luxações de
joelho direito sem fraturas
DIAGNÓSTICO: _____

EXAMES REALIZADOS: RX

TRATAMENTO RECEBIDO: Analgesico

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Luxação traumática de joelho
direito (sem fraturas)

III - DADOS DA REGULAÇÃO E ENCAMINHAMENTO

SIGNATURA DOS PROFISSIONAIS

SENHA: 2017.0515-18563
DATA DA SENHA: 15/05/2017
HOSPITAL: JUSTINO LUIZ
ESPECIALIDADE: Ortopedia
MOTORISTA: _____

ENFERMEIRO (A)
Dr. Francisco Dantas III
CRM-PI: 5994
CPF: 023-85
Data: 15/05/2017
Assinatura: _____
Hospital Regional Justino Luiz
CONFIRMAÇÃO DO REGISTRO

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI

REGISTROS DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Pac. Antônio Lacerda Sobrinho

CIRCULANTE <u>Rosa + Lacerda</u>	SALA Nº _____
ENTRADA NA SO <u>08:00</u>	INÍCIO DA ANESTESIA: <u>08:30</u>
SAÍDA DA SO _____	INÍCIO DA CIRURGIA <u>09:15</u>
CIRURGIA PROPOSTA: _____	TÉRMINO DA ANESTESIA _____
CIRURGIA REALIZADA: _____	TÉRMINO DA CIRURGIA _____
CIRURGIÃO <u>Dr. Rivaldo</u>	ANESTESIOLOGISTA <u>Dr. Pedro</u>
INSTRUMENTADOR _____	CRM _____
ASSISTENTES: 1º _____	2º _____

MONITORIZAÇÃO	SÍMBOLOS
	<input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> ELÉTODOS <input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO <input type="checkbox"/> PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <u>102 x 53</u> SATO <u>97%</u> FC <u>67 bpm</u>	
SINAIS VITAIS TÉRMINO PA _____ SATO _____ FC _____	

TIPO DE ANESTESIA	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1) <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> COM CATETER <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEM CATETER <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL <input type="checkbox"/> TOPICA
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ <input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS _____

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA	<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SENTADA <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	<input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG
---------------------------------	--	--	---	--	--

PREPARO DA PELE	<input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO DE CLORO HEXIDINA <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> PVPI TÓPICO
------------------------	---	---	--------------------------------------

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA _____	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> OUTROS _____
----------------------------------	---	--	---

<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº _____ <input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº _____	<input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> UROSTOP <input type="checkbox"/> LANCETA _____ UNID	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR _____ UNID <input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____	<input type="checkbox"/> SNG Nº _____ <input type="checkbox"/> JELCO Nº _____
--	--	--	--

GARROTEAMENTO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID <input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO <input type="checkbox"/> COXA	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg <input type="checkbox"/> PANTURRILHA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
----------------------	--	--	--

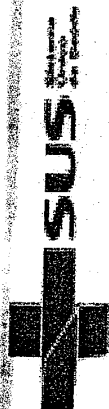
SERVIÇOS SOLICITADOS	<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> LOCAL _____ <input type="checkbox"/> N DE ERASCOS _____ <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
-----------------------------	--	---

NOME		ALIA		APTO	LEITO	R. MET.
Antonio Pereira				13	62	
HD:		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
14 junho		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES				
DATA: 20/05/2017						
1. DIETA ORAL LIVRE						
2. SCALP SALINIZADO						
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 06 HORAS DA MANHÃ						
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h						
5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h						
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 h (S/N)						
7. ONDANSETRONA 8 MG EV 8/8 h (S/N)						
8. CURATIVOS DIÁRIOS						
9. SSVV + CCGG						
10. CEFALOTINA 1G EV 6/6h						
11. HEPARINA 5000UI SC 08/08h						
12. AITA Hospitalar						

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Quadril
CRM-PI 4144 TEOT 14675

Hospital Regional do Piauí
CONFERÊNCIA
Data: 22-05-2017
Funcionário: [Assinatura]

Num. 3411129 - Pág. 20



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO		ALA C	APTO 13	LEITO 67	R. MET.
HD: 2 DPO LUXAÇÃO DO JOELHO D					
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA: 17/05/2017			OBSERVAÇÕES		
1. DIETA LIVRE			Paciente orientado verbalmente		
2. JELCO HIDROLISADO			em 74 horas, não houve piora de 30		
3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS			de horas, não houve piora de 30		
4. DAPIRONA 1G-01 AMP IV 6/6 HORAS			de horas, não houve piora de 30		
5. TILATIL 20MG - 01 AMP IV 12/12 HORAS			de horas, não houve piora de 30		
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (S/N)			de horas, não houve piora de 30		
7. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (S/N)			de horas, não houve piora de 30		
9. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160			de horas, não houve piora de 30		
MMHG E/OU PAD > 110 MMHG			de horas, não houve piora de 30		
10. SSVV + CCGG			de horas, não houve piora de 30		
11. AVALIAÇÃO DO VASCULAR			de horas, não houve piora de 30		
12. Paco x do pulso			de horas, não houve piora de 30		

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391- Picos - PI.

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Antônio Leonides Sobrinho</i>		DATA <i>16.03.17</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Redução de fratura de pulso (D)</i>		SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM
SERINGA 1 ML 31ML	02			ARCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/>
SERINGA 5 ML 10 ML	02/02			BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/>
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR <input type="checkbox"/>
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE <input type="checkbox"/>
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO <input type="checkbox"/>
AGULHA 20X12	02			ULTRASSON <input type="checkbox"/>
ALGODÃO				STIMUPLEX <input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA	05			
PVPI <i>100000</i>	100000			
SONDA VESICAL				
COLETOR DE URINA				
COVA COM DEGERMANTE	03			
FRIOIRA COM CREPOM	01			
ATADURA GESSADA				
ATROPINA	01			
KETALAR				
DIMORF	01			
NEOCAÍNA PESADA	01			
LIDOCAÍNA				
PROPOFOL				
MIDAZOLAN	01			
DIAZEPAN				
TIOPENTAL				
EFORTIL	02			
DIPIRONA				
CEFALOXINA	02			
FENTANIL				
FLUMAZENIL				
PLASIL	01			
VITAMINA K				
VITAMINA A				
OGITOCINA				
METHERGIN				
CALCUT SIMPLES				
CALCUT CROMADO				
FIO DE ALGODÃO				
NYLON				
VYCRIL				
PROLENE				
CLAMP UMBILICAL				
PULSEIRA RN				
GAZE	06			
ESPARADRAPO	60 cm			
LÂMINA DE BISTURI	01			
LUVA ESTÉRIL	05			
LUVA DE PROCEDIMENTO	05			
SORO FISIOLÓGICO 0.9%				
SORO GLICOSADO 5%				
MANITOL				
RINGER LACTADO				
JELCO				
TUBO OROTRAQUEAL				
AGULHA STIMUPLEX				
EQUIPO				
AGULHA DE RAQUE	01			
TENOXICAM				

USO DA SALA

INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
01:15		

OPERAÇÃO *Redução de fratura de pulso (D)*

CIRURGIÃO *Dr. Ronaldo*

AUXILIAR

ANESTESISTA *Dr. Pedro*

TIPO DE ANESTESIA *Rapida*

INSTRUMENTADOR

OCORRÊNCIAS

Lote: 082566 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX
FÊMUR T 350 - ESTÉRIL

Fabric.: 07/03/2017 Val.: 03/2022
Registro ANVISA N°: 80083650031
Material: Aço Inox / Alumínio

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.881.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: (19) 3538-1400 - info@sartori.ind.br

Ronaldo Cortez Barros
ORTOPÉDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM 2925 - CPF 673.564.193-38

MÉDICO: *Dr. Ronaldo*

ENFERMEIRA(O)

TÉC. ENFER.

Posto de Saúde de Sousa Lopes
Ficha de Internação
COREN-PI 748-594

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO**

Nº Sinistro: **3180172521**

Vítima: **ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO**

Data do Acidente: **12/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180172521**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12679318

Pag. 00787/00788 - carta_01 - INVALIDEZ



00020394