



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 |
|----------|--------------------|--|-------------------------|
| 65220 61 | 27/09/2019 13:20 | CARTA | CARTA |
| 65220 63 | 27/09/2019 13:20 | CARTA3 | CARTA |
| 63133 92 | 18/09/2019 03:19 | Despacho | Despacho |
| 38154 07 | 27/11/2018 08:47 | Despacho | Despacho |
| 35036 73 | 08/10/2018 17:57 | Certidão | Certidão |
| 34111 09 | 24/09/2018 15:58 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 34111 21 | 24/09/2018 15:58 | boletim de ocorrencia e documentos | Documentos |
| 34111 22 | 24/09/2018 15:58 | comunicado de decisão | Documentos |
| 34111 23 | 24/09/2018 15:58 | indeferimento da indenização | Documentos |
| 34111 24 | 24/09/2018 15:58 | petição | Petição |
| 34111 25 | 24/09/2018 15:58 | procuração e documentos - Cópia | Procuração |
| 34111 26 | 24/09/2018 15:58 | procuração e documentos | Procuração |
| 34111 29 | 24/09/2018 15:58 | prontuario medicos e documentos | Documentos |
| 34111 34 | 24/09/2018 15:58 | aviso de sinistro | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO DAS CHAGAS SOUSA GOMES - 27/09/2019 13:20:04
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092713200491100000006238747>
Número do documento: 19092713200491100000006238747

Num. 6522061 - Pág. 1



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ**

Rua General Propécio 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. Propécio 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



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO DAS CHAGAS SOUSA GOMES - 27/09/2019 13:20:05
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092713200506100000006238749>
Número do documento: 19092713200506100000006238749

Num. 6522063 - Pág. 1



**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 Eurípedes 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.

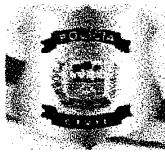
VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 8 de outubro de 2018.

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 CIVIL PIMENTEIRAS-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 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

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

Condutor e carona vítima não fatal

Nome do carona: *MARIA DAS MERCÉS 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

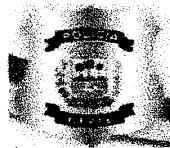
Marca/modelo: Honda/CG 125

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 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/condutor relatou que trafegava conduzindo este veículo (motocicleta) pela Rua Eliziário Barbosa, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI.

TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

• **NÃO INFORMADO**

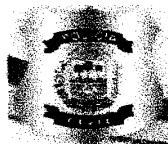
HISTÓRICO DO ACIDENTE

O comunicante/condutor 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/condutor (*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/condutor 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 Eustáquio 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/condutor/vítima



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



Continuação do Boletim de Ocorrência nº 117/2017.....fls. 03

do Joelho direito, exames estes, realizados na Clinica 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/condutor) foi transferido desse Hospital Regional (Hospital Eustáquio 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/condutor 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/condutor 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 Cmte. do Gpm.
RG.:10.3.741-76/PMPI.

Antônio Leônidas Sobrinho

Comunicante/condutor/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
SÉCERETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
GERRÊNCIA DE POLÍCIA MUNICIPAL
7^ª 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 Cmte. do Gpm.
RG.:10.3.741-76/PMPI*

RELAÇÃO DE AUTOS DE INVESTIGAÇÃO COMARCA 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

THE VICTORIAN FEDERATION IN BRASIL

CONSORCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS A PESSOAS FORA DE VEHICULOS AUTOMOTORES DE VIAS PÚBLICAS



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 C. 69 TERMO: 37843 FOLHA: 19)

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

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

| | |
|-----------------------|--|
| FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA | |
|-----------------------|--|

FILIAÇÃO: ANTONIO LEÔNIDAS SOBRINHO e MARIA MÉRCES E SILVA

RESIDÊNCIA: Povoado CURRALINHOS, ZONA RURAL, PIMENTEIRAS-PI

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

| | |
|----------------------------------|--|
| LOCAL DE FALECIMENTO | |
| HOSPITAL SÃO MARCOS, TERESINA-PI | |

| | |
|---|--|
| CAUSA DA MORTE | |
| ACIDOSE METABÓLICA-INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA AGUDIZADA-SEPSIS DE FOCO PIORTRITE DE JOELHO-ARTRITE SOTOSA | |

| | |
|--|------------------------|
| SERIAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) | DECLARANTE |
| CEMETÉRIO DO POCADO CURRALINHO, ZONA RURAL DE PIMENTEIRAS-PI | ALVINA DE JESUS SANTOS |

| | |
|--|--|
| NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO | |
| BRUNO DYEVO MARTINS VIEIRA - 5150 PI | |

| | |
|--------------------------|--|
| OBSERVAÇÕES/AVERTIMENTOS | |
| SEM INFORMAÇÃO | |

| | |
|---|--|
| NOME DO OFÍCIO: 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL | |
| OFICIAL(A): ANTONIO UBIRATAN VIEIRA | |

| | |
|--|--|
| MUNICÍPIO: TERESINA-PI | |
| ENDERECO: RUA DAVID CALDAS N° 325 CENTRO/NORTE | |



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

Martuzia Vieira e Paulo Frazão
Assinatura do Oficial
Martuzia Vieira e Paulo Frazão
Escrivã Substituta
1º Cartório do Registro Civil
Teresina - Piauí

ARPEBRAZILIA AA 003860802 BRP
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS REGISTRADORES DE PESSOAS NATURAIS



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 **ANTONIO LEONIDAS SORRISO** | CPF da Vítima **319937613-49** | Data do Acidente **12/05/2017**

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

Antônio Leonidas Sorrizo
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**
Vitima: **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

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 N° 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), açãoar, 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: Antônio Leonidas Sobrinho
Dispensado autenticação, art. 105 da Lei 13.105/15 (NCPC)

| | | | |
|---|--|---|--|
|  | | MINISTÉRIO DA FAZENDA Departamento do Pessoal Federal | |
| CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS | | | |
| Nome ANTONIO LEONIDAS SUDRINHO | | N° de matrícula 319937513-49 | |
| | | Data de nascimento 05/04/33 | |
|  | | | |



| | | | | | |
|--|--|--|------------------------------|---------------------------|------------------------|
| VALOR ENTREGA EN TERRITORIO NACIONAL | | 1.909,026 | 13/07/16 | FECHAS DE ENTREGA | FECHAS DE RECIBO |
| ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO | | MARIA JOSEFA DE ARAUJO | MANOEL LEONIDAS DE ARAUJO | MANOEL LEONIDAS DE ARAUJO | DETALLE DE MARCACIONES |
| MARIANO COELHO | | PIMENTEIRAS-PI | PIMENTEIRAS-PI | DETALLE DE MARCACIONES | DETALLE DE MARCACIONES |
| 05/04/1938 | | 05/04/1938 | 05/04/1938 | DETALLE DE MARCACIONES | DETALLE DE MARCACIONES |
| CERT. CASAM. 26 L 04 F 103 | | EXP. PIMENTEIRAS-PI 15/05/90 | EXP. PIMENTEIRAS-PI 15/05/90 | DETALLE DE MARCACIONES | DETALLE DE MARCACIONES |
| 319.937.613-49 | | 319.937.613-49 | 319.937.613-49 | DETALLE DE MARCACIONES | DETALLE DE MARCACIONES |
| LEIN-7116 DE 22/06/93 - DOCUMENTO N.º 99250/93 | | LEIN-7116 DE 22/06/93 - DOCUMENTO N.º 99250/93 | | | |



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO:

9001360-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 / Insc. Estadual: 19.201.383-5
Nota Fiscal / Conta 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 – TSEF foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PÁGAR (R\$) |
|--------------|--------------|---------------|---------------------|
| 0031/08/2017 | 0031/09/2017 | 58 | 38,69 |

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
R. ELIZARIO BARBOSA 819 CENTRO B -URBANO
CPF: 00051993761349
CEP: 64.320-000 - PINHEIRAS

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 Médio: | 58 | | Emissão: | 25/08/2017 |
| Consumo Faturado: | 58 | F CAM | Apresentação: | 25/08/2017 |

NORMAL 30

| Classe/Subclasse | Ligaçāo | Número Medidor | Posto | Código Posto | Média 12 meses |
|------------------|------------------|----------------|---------|--------------|----------------|
| RESIDENCIAL | 0000000000000000 | A1235405 | 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 - 0,465403

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA

CONSUMO 58 A R\$ 0,620537 = 35,99

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,70

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,19

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,45

DESCRIÇÃO DA CONTA

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

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 | |

05/2017 7,31

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO LEONIDAS SÓBRINHO

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

CPF nº 319.937.613-49, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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. ELIZÂRIO BARBOSA</u> |
| Número | <u>819</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>CENTRO URBANO</u> |
| Cidade | <u>PIMENTIRAS PI</u> |
| Estado | <u>PIAUÍ</u> |
| CEP | <u>64.320.000</u> |
| Telefone de Contato | |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PIMENTIRAS PI 22/05/2018

Assinatura do Declarante: Antonio Leonidas Sóbrinho

“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 N° 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), açãoar, 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: Antônio 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 SOBRIERIO | N° de Inscrição 319937613-49 |
| Data de Nascimento 05/04/38 | |
|  | |



| | | | | |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|--|
| VALIADA ENTREGA DE DOCUMENTO MIGRATORIO | | 1.909.026 | 13/07/16 | GERENCIA DEPARTAMENTO |
| ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO | | MARIA JOSEFA DE ARRUDA | MANOEL LEONIDAS DE ARRUDA | MANUTENÇÃO DE INFRAESTRUTURA |
| MARIÁ 1090.026 | | PIIMENTEIRAS-PI | PIIMENTEIRAS-PI | DOIS DE MARÇO |
| 05/04/1938 | | 05/04/1938 | 05/04/1938 | DOIS DE MARÇO |
| CERT. CASAM. 26 L 04 F 103 | | EXP. PIIMENTEIRAS-PI 15/05/90 | EXP. PIIMENTEIRAS-PI 15/05/90 | TERESINA 937.613-49 |
| 05/04/1938 | | 05/04/1938 | 05/04/1938 | ASSENTOU-SE NO MUNICÍPIO |
| 05/04/1938 | | 05/04/1938 | 05/04/1938 | LEI N. 7.116 DE 29/06/80 - DECRETO N. 69256/83 |



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO:

9003560-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 / Insc. Estadual: 19.201.383-5
Nota Fiscal / Conta 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 – TSEF foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PÁGAR (R\$) |
|--------------|--------------|---------------|---------------------|
| 0031/08/2017 | 0031/09/2017 | 58 | 38,69 |

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
R. ELIZARIO BARBOSA 819 CENTRO B -URBANO

CPF: 00051993761349

CEP: 64.320-000 - PINHEIRAS

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 Médio: | 58 | | Emissão: | 25/08/2017 |
| Consumo Faturado: | 58 | F CAM | Apresentação: | 25/08/2017 |

NORMAL 30

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Posto | Média 12 meses |
|------------------|-------------|----------------|---------|--------------|----------------|
| RESIDENCIAL | RESIDENCIAL | A1235405 | 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 - 0,465403

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA

CONSUMO 58 A R\$ 0,620537 = 35,99

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,70

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,19

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,45

DESCRIÇÃO DA CONTA

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

ATENÇÃO: A TARIFA DE ENERGIA ELÉTRICA VENCIMENTO 15/09/2017
ESTÁ SENDO APPLICA A TARIFA DE ENERGIA ELÉTRICA COM CARGA FISCAL TUTUROS VENCIDOS

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 | |

05/2017 7,31

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO LEONIDAS SÓBRINHO

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

CPF nº 319.937.613-49, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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. ELIZÂRIO BARBOSA</u> |
| Número | <u>819</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>CENTRO URBANO</u> |
| Cidade | <u>PIMENTIRAS PI</u> |
| Estado | <u>PIAUÍ</u> |
| CEP | <u>64.320.000</u> |
| Telefone de Contato | |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Antonio Leonidas Sóbrinho



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTEIRAS

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

J. 808-026 R.6

ATENDIMENTO HOSPITALAR

Paciente: Antônio Leonidas Sobrinho Idade: 79
Endereço: Glizânia Borges Nº 21 Cidade: Pimenteiras
Documento: 204 1081 8028 7878 Tipo: SL 3

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

Data: 12/05/2017

Atendimento Médico

paciente trazido pela esposa Francisca Filho
Bartolomeu Pimentel, paciente acometido de
e Rogério Pimentel.

CD: 580,97.500 ml / dia (2)
Dipirona 1000 mg + 500 (2v)
Vitamina 1000 mg (2v)
- Regulador sanguíneo 1000 ml (2v)
Internação. COT: 03
Dr. Usina Silviano Filho
Médico
CRM: 6451

Daniela Tabata Mota
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 001.086.045

Daniela Tabata Mota
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 001.086.045

Daniela Tabata Mota
Técnico em Enfermagem
COREN-PI 001.086.045

Anotações de Enfermagem

Pac. vítima de atropelamento, apresentando
fratura em fêmur direito.

(0654.893/0001-01)
UNIDADE MISTA DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, 21
SUALANDER SALES, 100
CENTRO - CEP 64.620-000
PIMENTEIRAS

Confere com o original
07/08/2017

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

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

| |
|--------|
| Nº AIH |
| ANA |

BOLETIM DE ADMISSÃO

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

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

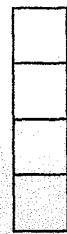
Pai: MANOEL LEONIDAS DE ARAUJO Mãe: MARIA JOSEFA DE ARAUJO

Responsavel: GILVAN - - FILHO

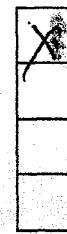
Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

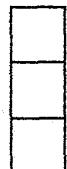
Resultado



Curado
Melhorado
Inalterado
Piorado



X Removido
Pedido
Evasão
Indisciplina



-48 Horas
+48 Horas
Obito

Transferido

História Clínica

*Paciente diz ter sofrido on-
deute automóvelístico com in-
xerecos do joelho direito, com sur-
presa de profunda*

Diagnóstico Provável *Buxões e fratura em joelho*
direito

FRANCISCO ANTÃO ARRAES DE CARVALHO
Responsável pela admissão

*Francisco A. Arraes de Carvalho
Médico
CRBM: 826
1909026*

Responsável pela alta

"TERMO DE RESPONSABILIDADE, FIANÇA E AUTORIZAÇÃO"

Atendimento
1016155

Paciente
ANTONIO LENONIDAS SOBRINHO

Eu, abaixo qualificado,

| Responsável | Parentesco | Telefones |
|--|--------------------------|--------------------------------------|
| GILVAN | FILHO | |
| 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 PIAUÍ.

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 CONVÉNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) SUS

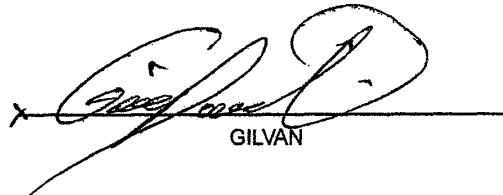
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

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 CONVÉNIO 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: _____

HISTÓRICO 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: Bilmar

Condições de chegada: Ambulante Cadeirante Acamado

1- DIAGNÓSTICO:

MÉDICO: 826 - FRANCISCO ANTÃO ARRAES DE CARVALHO

2- MOTIVO DA INTERNAÇÃO/QUEIXAS:

Acidente automóvel listado + queixa
em pulmão 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: Normal

Atividade física faz exercício regularmente sedentário(a)

Tabagismo Etilismo Outros: _____

8-EXAME FÍSICO:

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

P: 62 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 Bradipneico

Oxigenoterapia Sim Não

Sistema Gastrointestinal:

Abdome: Simétrico Assimétrico Plano Globoso Flácido Doloroso a palpação

Alimentação: Oral SNG Enteral

Alterações: Náuseas Vômitos Epigastralgia Diarréia Constipação

Eliminações intestinais (característica/frequência): Normal

Sistema Geniturinário:

Diurese: Normal Disúria Anúria Poliúria Oligúria Polaciúria

Hematuria Incontinência

Sonda: SVD Sonda de alívio

Sistema musculoesquelético:

MMSS: Mobilidade: Edema:

MMII: Mobilidade: Edema:

Erg. Celma Lívia

Enfermeiro(a)/COREN

Coren: 348658

| EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA | HORÁRIO MEDICAÇÃO | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | |
|------------------------------|-------------------|---|---------|
| | | ANOTACÕES DE ENFERMAGEM | RUBRICA |
| | | <p>05/17:30 hs abo idha 15.05.12 pac. 1000 grônosticco em clínica medicina, aparentemente de Pi- menteiros, 79 anos, consciente, coniente, consciente, 41,5 e 80g, carga olfativa imediatamente tora. Vítima de vacina transfusional, joelhos cicatrizes externas ade e com lesões SSVJ= PI = 130x60 mm bkg. P.61 lepm, GC: 373 mg/dl</p> | |

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - (SAE)

ANTONIO LEONIDAS SORRINHO

Sorocaba

Brasil

Data de nasc: 15/5/2017

Hora de agus: 15:01:27

ANTONIO LEONIDAS SORRINHO

Sexo Masculino

Idade 19 Anos



Dir.

Exame FEMUR

Index de exp 334

Med. Sólo C3-D1-N1-N2-N3

CLÍNICA ANTONIO BOMFIM - VALENCA - PI

Exame FEMUR

Index de exp 186

Med. Sólo C3-D1-N1-N2-N3

CLÍNICA ANTONIO BOMFIM - VALENCA - PI

www.clinicantoniobomfim.com.br

Nome: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO
Requisitante: DR.LUAN ANTUNES
Data: 15/05/2017

Nº.: 36366

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

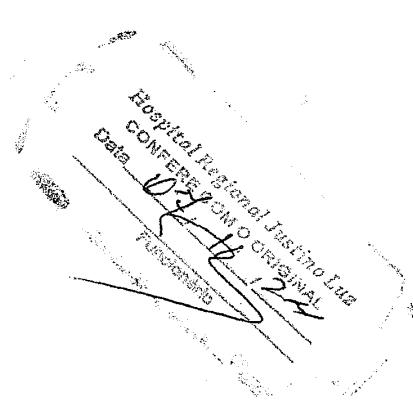
RELATÓRIO

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

PEDRO DE PIAUÍ BOMFIM NETO

CRM: 3255

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

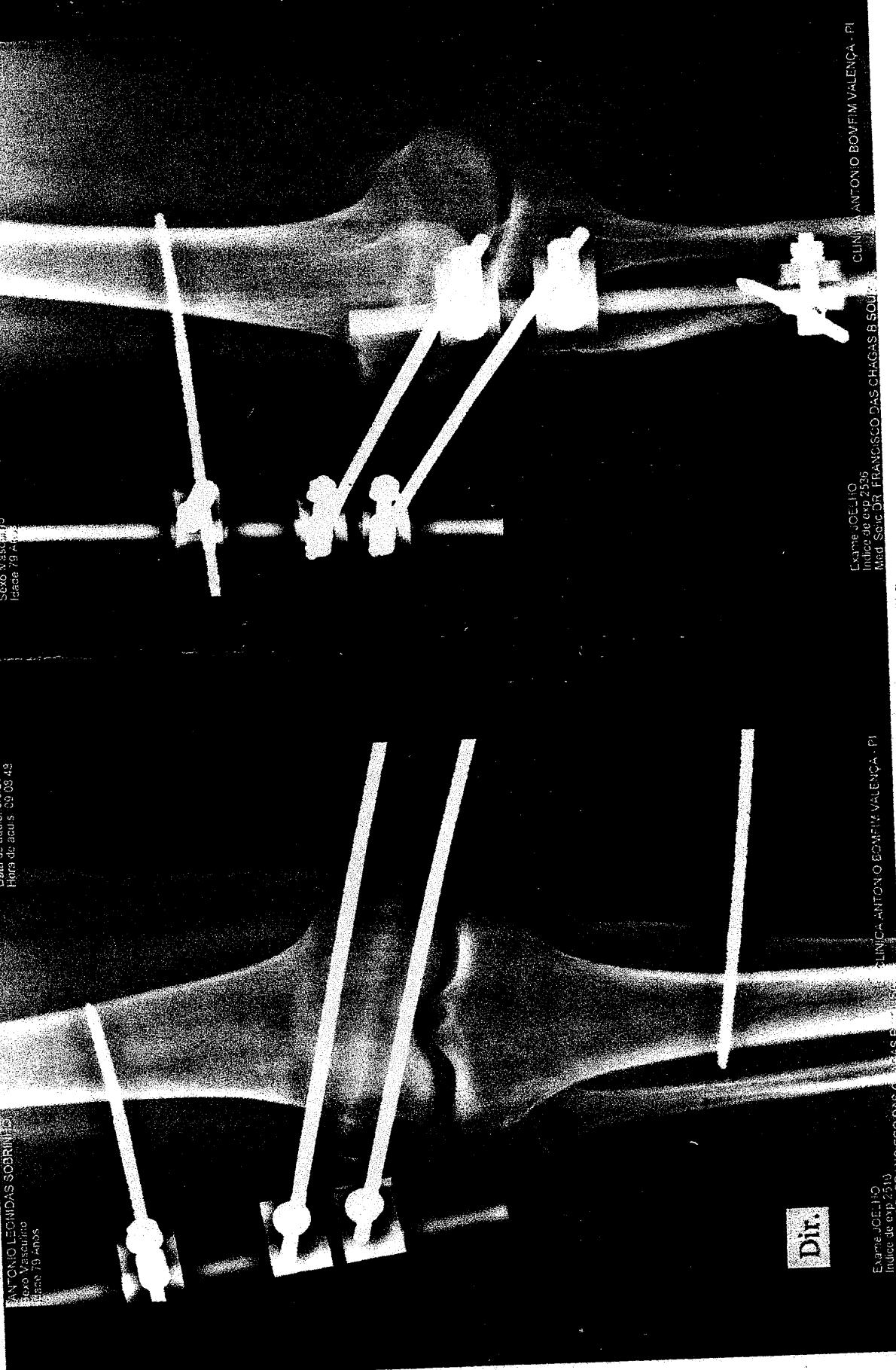


12 CLÍNICA
AntônioBomfim

Data de atos: 9/6/2017
Hora de atos: 09:03:43

ANTÔNIO LEONÍDAS SOBRINHO
Sexo Masculino
Idade: 79 Anos

ANTÔNIO LEONÍDAS SOBRINHO
Sexo Masculino
Idade: 79 Anos



Dir.

Exame JOELHO
Indice de ID: 2326
Med. Soc. Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUTO
CLÍNICA ANTONIO BOMFIM VALENCIA - PI

PIRA: ARTHRO. 257 - VALENCIA - PI
Ponte: 1200m - 1200m
e-mail: rafaelmendesomar@gmail.com

Exame JOELHO
Indice de ID: 2326
Med. Soc. Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUTO
CLÍNICA ANTONIO BOMFIM VALENCIA - PI

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 tibia.
- 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 ANTONIOR NEIVA,
BQMBÁ, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314



Ficha de Atendimento (Emgência)

Atendimento: P0429465 Registro: 369220
Data: 16/05/2017 Hora: 00:01:00
Funcionario: AMPARO Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SENHA 2
SUS

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

Nasc.: 05/04/1938 Idade: 79 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS Profissão:

End.: ELIZARIO 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 URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Luxação assentiva de joelho direito

Hora: _____

Internação

Exames Complementares:

Exame joelho direito: Rx de joelhos

Diagnóstico provável:

Ex frágil. Presença de pulso tibial posterior persistente

Prescrição Médica:

1. Internar

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 |
| 44 |
| 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: ELIZARIO BARBOSA, N° 819 - CEP: 64320-000 Bairro: CENTRO
Cidade: 2208106- PIMENTEIRAS/PI Profissão: Telefone: () -
Pai: MANOEL LEONIDAS DE ARAUJO Mãe: MARIA JOSEFA DE ARAUJO
Responsável: MARIA LEDA PIMENTEL LEONIDAS - 89 99907-1385 - FILHA
Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO
Diagnóstico Definitivo:

Resultado

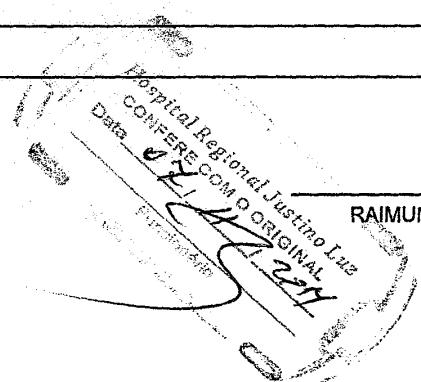
| | | |
|------------|--------------|-----------|
| Curado | Removido | -48 Horas |
| Melhorado | Pedido | +48 Horas |
| Inalterado | Evasão | |
| Piorado | Indisciplina | |
| | | Obito |

Transferido _____

História Clínica

Diagnóstico Provável

RAIMUNDO NONATO RODRIGUES DE MOURA



**LAUDO PARA SC
INTEI**

ALH: E 2221/1000602/6-1

HOSPITAL: HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

01/05/2017

Dr. Osvaldo Alves Costa

Medico Auditor SMS - Picos

Cartão SUS 100.550.547.830.000

CPF: 011.541.413-45/CRM-PI 314

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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704108180287978

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/04/1938

9 - SEXO

Masc.

X

1

Fem.

2

6 - N° DO PRONTUÁRIO

369220

03

11 - TELEFONE DE CONTATO

() -

10 - NOME DA MÃE

MARIA JOSEFA DE ARAUJO

12 - ENDEREÇO

ELIZARIO BARBOSA, 819 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PIMENTEIRAS

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2208106

15 - UF

PI

16 - CEP

64320-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Palpite Co. Dorsal com anterior de
jello direita braço (quarto) dor*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Velocidade de Corrida

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

Exa de jello direita

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

lucrato anterior de jello D) 8211

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervento Cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

10408050683

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Ronaldo C. Fer

31/03/14

Ronaldo C. Fer CRM 10408050683

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

35 -) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 -) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 -) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

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

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

M220800001

45 - CODIGO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

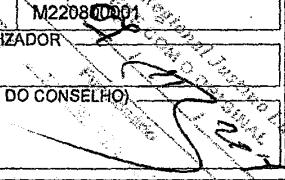
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Osvaldo Alves Costa

Medico Auditor SMS - Picos

Cartão SUS 100.550.547.830.000

CPF: 011.541.413-45/CRM-PI 314

Assinatura: 

ssinatura paciente/Responsável

Maria Lúcia Pimentel Leonidas



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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

| | | | | |
|----------------------|----------|------|------|-------|
| NOME DO PACIENTE | Sexo | | APT° | LEITO |
| Antônio Lemos Soárez | | | | |
| PRONTUÁRIO | CONVÉNIO | DATA | | HORA |
| | | | | |

| |
|------------------------------------|
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO |
| Luxação Anterior do Joelho direito |
| |
| |
| |

| |
|--|
| DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA |
| CIRURGIA PROPOSTA: Redução de luxação Fixação externa CIRURGIA REALIZADA: Manobra暴力 luxação luxação de joelho de volta ao membro subluxação a luxação de luxação luxação - luxação - luxação |
| TIPO DE CIRURGIA REALIZADA: <input checked="" type="checkbox"/> ELETTIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA |

| |
|---|
| DESCRÍÇÃO DA TÉCNICA/ACHADO CIRÚRGICO |
| 1º Vizão sob osteosíntese - osteosíntese - osteosíntese luxação de joelho anterior luxação anterior, luxação anterior luxação anterior, luxação anterior |
| |
| |
| |

| |
|--|
| INTERCORRÊNCIAS |
| |
| ANTIOTERAPIA: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAI? _____ N° DE PEÇAS: _____ LOCALIZAÇÃO: _____ |
| MATERIAL ESPECIAL: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO _____ 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

693122/2020

HOSPITAL REGIONAL
EUSTÁQUIO PORTELA

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO VALENCA DO PIAUÍ
CNPJ: 03 553 544/0011-00
TELEFAX: (89) 3465-1369 / 3465-1015

FORMULÁRIO DE REGULAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Antônio Seuíros Sobrinho

DN: 05/04/38 IDADE: 79 anos

MULHER: Maria Josefa de Oliveira

ENDEREÇO:

CIDADE DE ORIGEM: Pimenteiras - PI

RESPONSÁVEL:

II - DADOS DO ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Paciente sofreu luxações de joelho direito seu fratura

DIAGNÓSTICO:

EXAMES REALIZADOS:

TC - X

TRATAMENTO REALIZADO:

Analgésicos

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Luxação traumática de joelho direito (seu fratura)

III - DADOS DA REGULAÇÃO/ENCAMINHAMENTO

ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS

SENHA: 2017.0515-18563

DATA DA SENHA: 15/05/2017

HOSPITAL: JUSTINO LUX

ESPECIALIDADE: Ortopedico

MOTORISTA:

ENFERMEIRO (A)

Dr. Francisco Jantos III
CRM-PI: 5994
SP-104221-023-85

ENFERMEIRO (A)

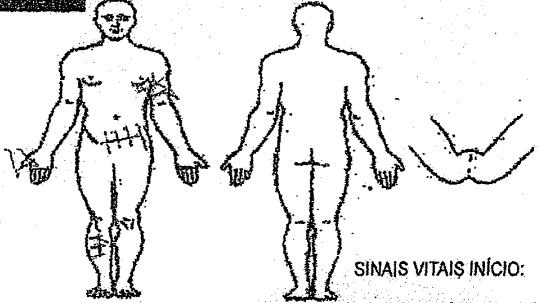
Dr. Francisco Jantos III
CRM-PI: 5994
SP-104221-023-85

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

REGISTROS DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Pac. Antenor Lopides schmitz

| | | | | | |
|---------------------|-----------------------|----------------------|------------------|---------------------|--------------|
| CIRCULANTE | <i>Kiko + Lopides</i> | SALA N° | | | |
| ENTRADA NA SO | <i>01:00</i> | INÍCIO DA ANESTESIA | <i>01:10</i> | INÍCIO DA CIRURGIA | <i>01:15</i> |
| SAÍDA DA SO | | TÉRMINO DA ANESTESIA | | TÉRMINO DA CIRURGIA | |
| CIRURGIA PROPOSTA: | | | | | |
| CIRURGIA REALIZADA: | | | | | |
| CIRURGÃO | <i>Dr. Romualdo</i> | ANESTESIOLOGISTA | <i>Dr. Pedro</i> | INSTRUMENTADOR | |
| ASSISTENTES: 1º | | CRM | <i>2º</i> | CRM | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| MONITORIZAÇÃO | | SÍMBOLOS | |
|  | | <ul style="list-style-type: none"> • PLACA DE BISTURI ELÉTRICO ■ • ELÉTRODOS ■ ■ INCISÃO CIRURGICA ■ ■ ■ OXIMETRIA DE PULSO ▲ PANI | |
| SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <i>102x53</i> SATO <i>94%</i> FC <i>67 bpm</i> | | SINAIS VITAIS TÉRMINO PA SATO FC | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| TIPO DE ANESTESIA | | BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX | | GERAL VENOSA | GERAL |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Nasal</i> <input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO N° 2 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL | | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO N° 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1) <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA | | <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL <input type="checkbox"/> TOPICA | <input type="checkbox"/> COM CATETER <input type="checkbox"/> SEM CATETER |
| <input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL N° _____ | | <input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF | <input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEA N° _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS | | |

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

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|-------------|
| PREPARO DA PELE | | PVPI DEGERMANTE | | SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA | PVPI TÓPICO |
| DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR | | <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA | | <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM | |

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

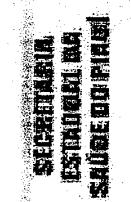
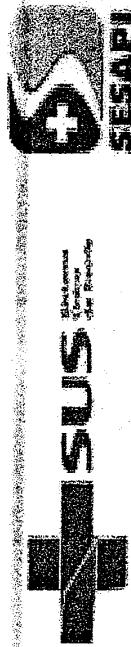
| | | | | | | |
|------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|---|------|----------------|
| SONDA URETRAL N° _____ | | <input type="checkbox"/> COLETOR | <input type="checkbox"/> UROSTOP | AP. BARBEAR | UNID | SNG N° _____ |
| SONDA FOLEY N° _____ | | <input type="checkbox"/> LANCETA | UNID | <input type="checkbox"/> SONA DE ASPIRAÇÃO N° _____ | | JELCO N° _____ |

| | | | | | | |
|---------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------|
| GARROTEAMENTO | | FAIXA DE SMARCH _____ UNID | | GARROTE PNEUMÁTICO mmhg | | NÃO SE APlica |
| TIPO | <input type="checkbox"/> | BRAÇO | <input type="checkbox"/> | COXA | <input type="checkbox"/> | PANTURRILHA |
| LOCALIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> | ANTEBRAÇO | <input type="checkbox"/> | | | |
| TEMPO | <input type="checkbox"/> INÍCIO | TÉRMINO | <input type="checkbox"/> | | | |

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

| DATA: 20/05/2017 | PRESCRIÇÃO MÉDICA | ALTA | | | |
|--|-------------------|-------------------------|-------|-------------|--|
| | | APTO | LEITO | R. MET. | |
| | | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | OBSERVAÇÕES | |
| | | | | | |
| 1. DIETA ORAL LIVRE | | | | | |
| 2. SCALP SALINIZADO | | | | | |
| 3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 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 | | | | | |

Dr. Kairo Lima
Ortopédia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PI 2144 TEOT 14673



NOME: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

HD: 3 DBO LIXAÇÃO DO JOEI HOD

| NOME: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO | | ALAC | APTO 13 | LEITO 67 | R. MET. |
|---|--|----------------------|---------|-------------|---------|
| HD: 3 DPO LUXAÇÃO DO JOELHO D | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | HORÁRIO DE MEDICAÇÃO | | OBSERVAÇÕES | |
| DATA: 18/05/2017 | | | | | |
| 1. DIETA LIVRE | | | | | |
| 2. JELCO HIDROLISADO | | | | | |
| 3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS | | | | | |
| 4. DIPRONA 1G -01 AMP IV 6/6 HORAS | | | | | |
| 6 TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (S/N) | | | | | |
| 7. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (S/N) | | | | | |
| 9. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 h SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG | | | | | |
| 10. SSVV + CCGG | | | | | |
| 11. PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, AGUARDANDO AVALIAÇÃO DO VASCULAR | | | | | |



NOME: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

HD: 2 DPO LUXAÇÃO DO JOELHO D

| PRESCRIÇÃO MÉDICA | HORÁRIO DE MEDICAÇÃO | | |
|--|----------------------|---------|----------|
| | AL A C | APTO 13 | LEITO 67 |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |
| DATA: 17/05/2017 | | | |
| 1. DIETA LIVRE | S/N D | | |
| 2. JELCO HIDROLISADO | | | |
| 3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS | | | |
| 4. DIPIRONA 1G -01 AMP IV 6/6 HORAS | | | |
| 5. TILATIL 20MG - 01 AMP IV 12/12 HORAS | | | |
| 6 TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (S/N) | | | |
| 7. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (S/N) | | | |
| 9. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 10. SSVV + CCGG | | | |
| 11. AVALIAÇÃO DO VASCULAR | | | |
| 12. Pano - x do joelho (D) | OK | | |



卷之三

NOME: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO

HD: 1 DPO LUXACAO DO JOELHO D

| NOME: ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO | | ALAC | APTO 21 | LEITO 67 | R. MET. |
|--|---------------|----------------------|---------|-------------|---------|
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | HORÁRIO DE MEDICAÇÃO | | OBSERVAÇÕES | |
| DATA: 16/05/2017 | Vanuelli | 12h | 12h | | |
| 1. DIETA LIVRE | | | | | |
| 2. SF0,9% - 1000ML IV EM 24H | | | | | |
| 3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS | | | | | |
| 4. DIPRONA 1G -01 AMP IV 6/6 HORAS | | | | | |
| 5. TILATIL 20MG - 01 AMP IV 12/12 HORAS | | | | | |
| 6 TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (S/N) | | | | | |
| 7. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (S/N) | | | | | |
| 9. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG | | | | | |
| 10. SSVV + CCGG | | | | | |
| 11. AVALLAÇÃO DO VASCULAR | Comunicado ao | funcionário | Seca | | |



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

The image shows the coat of arms of the state of Piauí, which is a heraldic shield featuring a central sun rising over a river, flanked by two figures and surrounded by a border of coffee and tobacco plants.

SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ
SESAPI

HOME DO PACIENTE

ORTOPEDISTA / FISIOTERAPIA - CEE 672-3641-150-06
ESTRUCTURA CONTEZ SRL

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

FICHA DE SALA

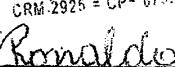
| | | | | | | |
|------------------------|--|----------------------------------|------|----------|------------------------|--------------------------|
| NOME DO PACIENTE | | Antônio deionides sobrinho | | DATA | PRONTUÁRIO | LEITO |
| | | | | 16/03/17 | | |
| PROCEDIMENTO | | Reducao de luxação de joelho (D) | | SALA | | |
| MATERIAL DE CONSUMO | | QUANT. | UND. | TOTAL | APARELHAGEM | |
| SERINGA 1ML/3ML | | 02 | | | ARCO CIRÚRGICO | <input type="checkbox"/> |
| SERINGA 5ML/10ML | | 02/02 | | | BOMBA DE INFUSÃO | <input type="checkbox"/> |
| SERINGA 20ML | | | | | ASPIRADOR | <input type="checkbox"/> |
| KIT ACESSO CENTRAL | | | | | AUTOCLAVE | <input type="checkbox"/> |
| SONDA DE ASPIRAÇÃO | | | | | INSTRUMENTAL CIRÚRGICO | <input type="checkbox"/> |
| AGULHA 20X2 | | 02 | | | ULTRASSON | <input type="checkbox"/> |
| ALGODÃO | | | | | STIMUPLEX | <input type="checkbox"/> |
| ÁGUA DE MESA | | 03 | | | | |
| PVPI | | 100ML | | | | |
| SONDA VESICAL | | | | | | |
| COLETOR DE URINA | | | | | | |
| COCOVA COM DESGERMANTE | | 03 | | | | |
| SACRA COM CREPOM | | 11-15 | 08 | | | |
| ATADURA GESSADA | | | | | | |
| ATROPINA | | 01 | | | | |
| KETALAR | | | | | | |
| DIMORF | | 01 | | | | |
| NEOCAÍNA PESADA | | 01 | | | | |
| LIDOCAINA | | | | | | |
| PROPOFOL | | | | | | |
| MIDAZOLAN | | 01 | | | | |
| DIAZEPAN | | | | | | |
| TIOPENTAL | | | | | | |
| EFORTIL | | 02 | | | | |
| DIPIRONA | | | | | | |
| CEFAZOLINA | | 02 | | | | |
| FENTANIL | | | | | | |
| FLUMAZENIL | | | | | | |
| PLASIL | | 01 | | | | |
| VITAMINA K | | | | | | |
| VITAMINA A | | | | | | |
| OGITOCINA | | | | | | |
| METHERGIN | | | | | | |
| C/ SUT SIMPLES | | | | | | |
| C/ SUT CROMADO | | | | | | |
| FIO DE ALGODÃO | | | | | | |
| NYLON | | | | | | |
| VYCRIL | | | | | | |
| PROLENE | | | | | | |
| CLAMP UMBILICAL | | | | | | |
| PULSEIRA RN | | | | | | |
| GAZE | | 000 | 06 | | | |
| ESPARADRAPO | | 00 | 2m | | | |
| LÂMINA DE BISTURI | | 01 | 24 | 01 | | |
| LUVA ESTÉRIL | | 05 | | | | |
| LUVA DE PROCEDIMENTO | | 105 | | | | |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% | | | | | | |
| SORO GLICOSADO 5% | | | | | | |
| MANITOL | | | | | | |
| RINGER LACTADO | | | | | | |
| JELCO | | | | | | |
| TUBO OROTRAQUEAL | | | | | | |
| AGULHA STIMUPLEX | | | | | | |
| EQUIPO | | | | | | |
| AGULHA DE RAQUE | | 01 | | | | |
| TENOXICAM | | | | | | |

Lote: 082566 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX
FEMUR 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: 04.881.623/0001-08 - Rio Claro / SP
Tel.: (19) 3692-1400 - info@sartori.ind.br


Ronaldo Sartorius
ORTOPÉDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM 2925 - CPF 673.564.193-58

MÉDICO: 
Dr. Ronaldo

ENFERMEIRA(O):
Rosineide 
Sousa Lopes
Técnico em Enfermagem

COREB/PI 748-594

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO LEONIDAS SOBRINHO**

Nº Sinistro: **3180172521**
Vitima: **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.



Pag. 00787/00788 - carta_01 - INVALIDEZ

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12679318