

Escritório de Advocacia

Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima, Teresina - PI.

3180449790

'Procuração ad Judicia'

João Victor Lima Sampaio, brasileiro, RG: 3.860.603
CPF: 010.751.173-14, residente e domiciliado
na Rua Santa Gertrudes, 4643, Setor 04, Ceres-
na - PI

_____, nomeia e constitui como seu bastante procurador, **Dr. Tiago Luiz Teixeira**, advogado, com registro na OAB/PI nº 7560, com escritório profissional sito à Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima, Nesta Cidade, onde recebe as intimações de estilo, concedendo amplos e ilimitados poderes com as cláusulas **ad judicia e extra** para foro em geral, para representá-lo em qualquer instância ou Tribunal, em qualquer ação em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou réu(s) ou de qualquer forma interessado(s), em conjunto ou separadamente, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, habilitar e retificar, ceder e prometer e em especial _____, receber e dar quitação, delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até a final, podendo para tanto acordar, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimento, documentos necessários, produzir provas, justificações, requerer falência ou concordata, transigir, firmar compromissos, renunciar, passar recibos, pagar taxas, receber e dar quitação, assinar termo de inventariante, finalmente tudo o que for preciso para o fiel cumprimento deste mandato.

Teresina, PI, 14 de outo, 2019.

x João Victor Lima Sampaio

1687,50

Página 1 de 1



Número: **0821760-98.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **26/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--------------------------------|
| JOAO VITOR SENA SAMPAIO (AUTOR) | TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU) | |

| Documentos | | | |
|-------------|--------------------|---------------------------------|-----------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 64817 29 | 01/10/2019 08:26 | Despacho | Despacho |
| 61588 29 | 30/08/2019 09:41 | Certidão | Certidão |
| 60886 59 | 26/08/2019 09:02 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 60886 63 | 26/08/2019 09:02 | DOC. 01 | Documentos |
| 60886 65 | 26/08/2019 09:02 | PETIÇÃO | Petição |
| 60886 66 | 26/08/2019 09:02 | PROCURAÇÃO | Procuração |



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA DA COMARCA DE TERESINA
Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

PROCESSO Nº: 0821760-98.2019.8.18.0140
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]
AUTOR: JOAO VITOR SENA SAMPAIO

Nome: JOAO VITOR SENA SAMPAIO
Endereço: Rua Santa Teresinha, 4643, Satélite, TERESINA - PI - CEP: 64059-140

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

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Barroso, 101, (Zona Sul) - até 1365/1366, Centro, TERESINA - PI - CEP: 64001-130

DESPACHO-CARTA

Em cumprimento ao DESPACHO-CARTA(Provimento CGJ nº38/2014) abaixo fica a RÉU:
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
ciente do conteúdo abaixo:

DESPACHO-CARTA

01 – Em face da fundamentação expendida na inicial, da qual se extrai alegação de hipossuficiência financeira da parte autora, defiro a gratuidade da justiça para a tramitação do processo nesta fase (CPC, art. 99, §3º). Por outro lado, havendo alteração na situação financeira da suplicante, o tema será reavaliado no curso do processo ou em sede de sentença.

02 – Presentes os requisitos essenciais da inicial e não sendo o caso de improcedência liminar do pedido, bem assim considerando que a matéria em discussão se apresenta passível de resolução consensual, designo audiência de conciliação/mediação para o dia para o dia 05 de novembro de 2019, às 8h30min, na sala de audiência desta Vara, no Fórum local. **Cite-se o réu com pelo menos 20 dias de antecedência para comparecer à audiência (CPC, art. 334)e intime-se o autor(a) para comparecer ao referido ato, via advogado (CPC, art. 334, §3º).**

03 – O réu poderá oferecer contestação/resposta, por petição, no prazo de 15 dias , cujo termo inicial será a data:

a) - da audiência de conciliação ou de mediação, ou da última sessão de conciliação, quando qualquer parte não comparecer ou, comparecendo, não houver autocomposição;

b) - do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação ou de mediação apresentado pelo réu, quando ocorrer a hipótese do art. 334, § 4º, incisol;

c) - prevista no art. 231, de acordo com o modo como foi feita a citação, nos demais casos, tudo conforme dispõe o art. 335 do Código de Processo Civil.

04 – Conste do mandado queo **não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado, bem assim que as partes deverão estar acompanhadas por seus advogados ou defensores públicos (CPC, §§ 8º e 9º do art. 334). Conste, também, que, se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (CPC, 344).**

05 – Quanto à tutela de urgência, conquanto relevantes os argumentos assentados na inicial, vislumbro que a matéria em debate se apresenta complexa e demandaria justificação prévia do alegado, nos termos do §2º do art. 300 do CPC, razão pela qual deixo para apreciá-la após a formação do contraditório para melhor compreensão do tema.

DETERMINO QUE O PRESENTE DOCUMENTO SIRVA, AO MESMO TEMPO, COMO DESPACHO-CARTA E COMO MANDADO, PARA CUMPRIMENTO PELOS CORREIOS MEDIANTE CARTA ARMP.

Expedientes necessários. Intime(m)-se.

TERESINA-PI, 25 de setembro de 2019.

EDSON ALVES
Juiz de Direito da 10ª Vara Cível



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
GABINETE DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA DA COMARCA DE
TERESINA
Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

PROCESSO Nº: 0821760-98.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: JOAO VITOR SENA SAMPAIO

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

CERTIDÃO

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação processual, verificando, também, que a parte autora requereu os benefícios da gratuidade da justiça, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

O referido é verdade e dou fé.

TERESINA-PI, 30 de agosto de 2019.

ALEXANDRE EULALIO DE PADUA

Analista Judiciario



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



RECEITUÁRIO
DE SEGUROS

26 SET 2018

Paciente: _____

LAUDO MEDICO

DPVAT

Declaro, para os devidos fins, que
JOÃO VITOR SILVA SAUPEIRO, vítima
de acidente de trânsito em 17 de dezembro
de 2017, foi atendido e operado do
rótulo distal exposto no HVT e
ao final do tratamento apresenta
do crônico, edema e limitação
funcional em torno de 50%. CTD 10.
M25.5 e 552.5

Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

Teresina(PI), 18/07/2018

Médico

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 • Bairro Ilhotas • Fone: (86) 3216-1256 • Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64.014-090 • Teresina-Piauí • CNPJ: 07.444.159/0002-25 • CMC: 035.372-8

SINISTRO 3180449790 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA JOAO VITOR SENA SAMPAIO****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO****JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP****BENEFICIÁRIO JOAO VITOR SENA SAMPAIO****CPF/CNPJ: 07075117394****Posição em 18-06-2019 16:58:23**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| | | | |
|------------|--------------|----------|--------------|
| 30/10/2018 | R\$ 1.687,50 | R\$ 0,00 | R\$ 1.687,50 |
|------------|--------------|----------|--------------|

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.860.603

NOME JOÃO VITOR SENA SAMPAIO

FILIAÇÃO SHIRLEY SENA SAMPAIO

NATURALIDADE TERESINA-PI

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 659 L A01 F 165V

CPF TERESINA-PI 11/01/00

TERESINA - PI

DATA DE NASCIMENTO 28/11/1998

ASSINATURA DO DIRETOR

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 JUN 2018

DPVAT

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0528995

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 ABR 2018

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO VITOR SENA SAMPAIO** (Prontuário: 433487)
Endereço: RUA SANTA TERESINHA 4696 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 28/11/1998 Idade: 18a:3m:4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 182744
Requisição: 714093 Solicitação: 22/01/2017 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES
Controle: 890126 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 218

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 22/01/2017

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Controle pós-operatório.
- Fraturas alinhadas, com fixação metálica, no terço distal do rádio e ulna esquerdos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/02/2017

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000641/2018-61

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 15/02/2018 - 18:06

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

17/12/2017 - 08:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

PI 112, Nº:

Complemento

Bairro

SOCOPO

Ponto de Referência

SITIO BRASIL

ORIGINAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO VITOR SENA SAMPAIO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 3860603

Mãe: SHIRLEY SENA SAMPÁIO

Endereço: RUA SANTA TERESINHA, Nº 4643

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9517-5079

PJ CORRETOI
DE SEGURO

05 JUN 2018

DPVA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160, ANO 2016, PLACA PIM-0736, PROPRIETÁRIO DLEYCY INES MATOS, CPF 02095766342, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA PI 112, QUANDO UM VEICULO QUE TRAFEGAVA NA MESMA PI 112 NÃO IDENTIFICADO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 433487. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce R. Lebre Carlos

Escrivã Especial

Mat.: 009761-6

JOÃO VITOR SENA SAMPAIO - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 ABR 2018

DPVAT

CÓDIGO DE CONTROLE
9FFA.6CF6.4C7C.F4B7

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço **www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
do dia 05/02/2013 (hora e data de Brasília)
às 13:08:15
dígito verificador: 00

DPVAT
PJ CORRETORA
DE SEGUROS
05 JUN 2018

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

070.751.173-94
Número

JOAO VITOR SENA SAMPAIO
Nome

28/11/1998
Nascimento

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DPVAT
06 ABR 2018
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
06 ABR 2018
DPVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
06 ABR 2018
DPVAT

DPVAT
06 ABR 2018
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

ORIGINAL

3180449790

Documentos em

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

comprovante residência

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199612/18
Vítima: JOAO VITOR SENA SAMPAIO
CPF: 070.751.173-94

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/12/2017
Titular do CPF: JOAO VITOR SENA SAMPAIO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO VITOR SENA SAMPAIO : 070.751.173-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2018
Nome: JOAO VITOR SENA SAMPAIO
CPF/CNPJ: 070.751.173-94

JOAO VITOR SENA SAMPAIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

070 751 173-94

Nome completo da vítima

João Vitor Soma Sampaio

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| Nome completo João Vitor Soma Sampaio | CPF titular da conta 07075117394 | Profissão Pessoa |
| Endereço Rua Santa Teresinha | Número 4643 | Complemento |
| Bairro Satélite | Cidade Teresina | Estado Piauí |
| Email | CEP 64059-295 | Telefone (DDD) 86-99997-0660 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|---|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | |
| AGÊNCIA NRO. 1606 (Informar dígito se existir) | CONTA NRO. 103027 (Informar dígito se existir) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) | |
| | | CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 JUN 2018

DPVAT

João Vitor Soma Sampaio

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Local e Data

Teresina 16 de Fevereiro de 2018

06 ABR 2018

DPVAT

ORIGINAL

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 / Conta de Energia Elétrica - Série R-1
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0095811-5

Nº da Nota Fiscal 000889920

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

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| DEZEMBRO/2017 | 29/12/2017 | 132 | 116,24 |

MARIA DO SOCORRO MESQUITA SAMPAIO
R. STA TERESINHA 4643 SATELITE
CPF: 00037224433349

| DADOS DA LEITURA | DADOS DA LEITURA | DADOS DA LEITURA |
|-----------------------------|------------------|------------------|
| Atual: | 10424 | Atual: |
| Anterior: | 10292 | Anterior: |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: |
| Consumo Medido: | 132 | Emissão: |
| Consumo Faturado: | 132 | Apresentação: |

Consumo Faturado: 132 kWh FCM

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

Classe/Subclasse: NORMAL Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Média 12 meses

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 interdita 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

João Vitor Sena Sampaio

CPF da Vítima

07075117394

Data do Acidente

17/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

João Vitor Sena Sampaio

CPF do Representante legal

07075117394

Telefone (DDD)

86-99997-0660

Email

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.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 JUN 2018

DPVAT

ORIGINAL

Teresina, 16 de *Fevereiro* de 2018

Local e Data

João Vitor Sena Sampaio

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

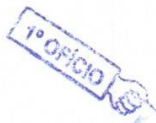
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dleycy Ines Araujo Mota,
RG nº 5033749-1, data de expedição 22/10/2004,
Órgão SSP-RJ, portador do CPF nº 020 957 663-47 com
domicílio na cidade de Jeremim, no Estado de
Piau., onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. A A12 e 07 Vale do Camar, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João Vitor Sena Sampaio cujo o condutor era

João Vitor Sena Sampaio.
Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA / CB 160 Start
Ano: 2016/2016
Placa: PIA 0736
Chassi: 9C2KC25006R031278
Data do Acidente: 17.12.2017
Local e Data: Timon. 15.02.18



Dleycy Ines Araujo Mota
Assinatura do Declarante

ORIGINAL

João Vitor Sena Sampaio
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório do 1º Ofício
TIMON-MA
Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Dleycy Ines Araujo Mota
Em Testemunho Ruth Maria de Oliveira da verdade.
Timon-MA, 15/02/2018
Ruth Maria de Oliveira
Escrivente Substituta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0126985

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.860.603 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/02/13

NOME JOÃO VITOR SENA SAMPAIO

FILIAÇÃO SHIRLEY SENA SAMPAIO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 28/11/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 659 L A01 F 165V EXP. TERESINA-PI 11/01/00

CPF TERESINA - PI Perito Criminal ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 ABR 2018

DPVAT

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
070.751.173-94

Nome
JOAO VITOR SENA SAMPAIO

Nascimento
28/11/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
9FFA.6CF6.4C7C.F4B7

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 13:08:51 do dia 05/02/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011973293905
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 000028983 RNTC EXERCÍCIO 2016
1 01094894580

NOME
DLEYCY INES ARAUJO MATOS

CPF/CNPJ 02095766342 PLACA PIM-0736

PLACA ANT/UF CHASSI
9C2KC2500GR031278

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 START ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP/POT/CIL. 02P/0162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA 2º 3º PAGO
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 00000000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
PBT: 000.29
ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

LOCAL TERESINA DATA 18/08/2016

ABAO MARTINS DO REGO LORAO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAQ/SEGURO DPVAT

PI Nº 011973293905 BILHETE DE SEGURO DPVAT

02095766342 PIM-0736 2016

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

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

05 JUN 2016

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 18/08/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 02095766342 PLACA PIM-0736

RENAVAM 01094894580 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 START

ANO FAB. 2016 CAT. TARIF. Nº CHASSI 9C2KC2500GR031278

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 053,76 DENATRAM (R\$) 005,97 CUSTO DO SEGURO (R\$) 059,73

CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15 IOF (R\$) 000,46 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 124,10

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 17/08/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

06 ABR 2016

DPVAT

MAR-2015

SOLICITAÇÃO

A FENASEG:

VITIMA:

SINISTRO:

Informe a essa respeitada Empresa que sofri acidente de trânsito, e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. Eu não tive condições de continuar meu tratamento pois não tive condições financeiras para fazer tratamento médico nem particular e nem pelo SUS, por que o posto médico fica longe da minha residência e não tinha condições de assumir as passagens para o dia dos atendimentos. Todo o documento que tenho referente ao meu tratamento médico são esses que eu já enviei e não tenho mais outro para mostrar. Por isso, peço que eu seja examinado pela pericia medica de V. Sa(s).

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito dessa indenização.

Escritório que se encontra em funcionamento há mais de 10 anos, com o intuito de prestar assistência jurídica aos necessitados, especialmente aos que não possuem recursos financeiros para arcar com as despesas processuais. O escritório atua em parceria com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, visando à ampla defesa e ao acesso à justiça.

seguro na SUSCP e com a TV que todo acidentado tem direito ao seguro dpvat. Por ser pessoa pobre e sem conhecimento educacional eu nunca que exista esse seguro, e ao tomar conhecimento dele, venho requerer meu direito.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Assinatura:

Data:

Assinatura: _____
Data: _____

Todos os determinadores médicos que tenho
Aqui, e não tenho certificados de acesso tem
novos exames, pois para estes o qual não disponho
para a Seguradora fora para
que se apoie avaliando por uma pessoa
tenha. É tenho seguros no meu primeiro que seu seguro
não tem pagar impostos. Capacidade a compensação
com pouca limitação.



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECLAMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

V TITIMA Tocio Vitor Sena Sampaio CPF DA VITIMA 07075117394
DATA DO ACIDENTE 17/12/2017
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR A VITIMA
A VITIMA É Tocio Vitor Sena Sampaio
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Santa Teresinha BAIRRO Satelite
Nº 4643 COMPLEMENTO UF Paraui CEP
CIDADE Terresinha TELEFONE (86) 99977-0660
E-MAIL

DOCUMENTO ENTREGUE:

MAZQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TOMBAMENTO DO CARTEIRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() ATTESTADO DE INCAPACIDADE DE TRABALHO E LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE USO DO IML PARA IMPOSSIBILIDADE DE APROVEITAMENTO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

() BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

... UNDEZ PERMANENTE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CEF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM HOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITÍMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O
- () TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE
- () CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

COMPLEMENTARES - DAMS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);

() CÔPIA DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);

() CÔPIA DO PROVAANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);

() DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL);

() JBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 5 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

VALORES DE INDENIZAÇÃO

DOCUMENTAÇÃO

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS ÚTIS, A PARTIR DA DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO. OS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS DE CANCELAMENTO DE RESERVAÇÃO, DEVEM SER ENVIADOS PARA O ENDEREÇO: AV. BRASIL, 1.204, 1º ANDAR, JARDIM SÃO CARLOS, SÃO PAULO/SP. PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204.

☒ DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

DATA 06/04/13

IDENTIDADE 3860603

ASSINATURA [assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

DESECO

15 JUN 2011

DIVA



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



SAMU
192

| | | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|---|
| Dados do Chamado | 01 Nº. do chamado | 2259 | 03 PRO (cod. sin) | 04 Saída do PA | 05 Chegada ao local |
| | 06 Saída do local | 08:14 | 07 Chegada ao 1º hospital | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º hospital |
| Local da Ocorrência | 10 Endereço | PI 112 | | 12 Município/UF | Teresina - PI |
| | 11 Bairro | SOLCO PO | | Código IBGE | |
| Dados do Paciente | 13 Ponto de referência | Bairro Brasil | | 15 Sexo | 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado |
| | 14 Nome | João Victor Senna Sampaio | | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado |
| Tipo de Ocorrência | 16 Idade | 28/11/98 | Se idade ignorada, preenche com 999 | 16 - Outros | 05 JUN 2018 |
| | 18 Tipo de ocorrência | 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência oftálmica 14 - Transferência 15 - Exames complementares | | | |
| Acidente de Transporte | 19 Vítima | 20 Meio de locomoção | 21 Outra parte envolvida | 22 Equipamentos de segurança | |
| | 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado | 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado | 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado | 17 - Já removido 18 - Falso chamado 22 - Capacete 23 - Airbag 24 - Cintila de segurança 25 - Assento para criança | |
| Exame Físico | 23 Glasgow = 15 | RESPOSTA VERBAL | RESPOSTA MOTORA | 24 Sinais Vitais | 25 Local da lesão |
| | 0 - Abertura ocular 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma | 3 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma | 5 - Obedece a comandos 3 - Localiza dor 4 - Movimento da retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum | Pulso 86 Resp. PA 140/80 TAX. Sat02 98% | |
| Assistência | 26 Pupilas | 27 Pulso | 28 Sangramento | 29 Dor | 30 Fratura |
| | 1 - Iguais 2 - Desiguais 3 - Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente | 1 - Sim 2 - Não | 1 - Sim 2 - Não | 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10 | 1 - Sim 2 - Não |
| Hospital de Destino | 31 Procedimentos realizados | 32 Hospital de Destino | 33 Condições de entrada | 34 Óbito | |
| | 1 - Sim 2 - Não 1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Colar cervical 4 - KED 5 - Imobilização de extremidades 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Assistência obstétrica | 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado | 1 - Sim 2 - Não | 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte | |
| Observações Interdisciplinar | Paciente com sinais de embriaguez sofreu queda da motocicleta a presen- ça de outras pessoas. Paciente recebeu imobiliza- ção com prancha e cota. | | | | |
| | Responsável pela recepção: Socorristas Médico: Enfermeiro: Condutor: | | | | |



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua D. ... 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA - CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO VITOR SENA SAMPAIO** (Prontuário: 433487)
 Endereço: RUA SANTA TERESINHA 4696 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 28/11/1998 Idade: 19a:1m:19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641867
 Requisição: 799126 Solicitação: 17/12/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
 Controle: 990694 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 17/12/2017

Cod. SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

TERESINA - PI 17/12/2017

(JOAO ANTONIO)

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
 Profissional Responsável



Marcelo V. de
 Sá
 Confirmação Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO VITOR SENA SAMPAIO** (Prontuário: 433487)
Endereço: RUA SANTA TERESINHA 4696 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 28/11/1998 Idade: 19a:1m:19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641867
Requisição: 799126 Solicitação: 17/12/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 990694 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 17/12/2017

Cod. SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 17/12/2017

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável



Kassia Lúcia de
Macedo
Sampaio
Confere com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO VITOR SENA SAMPAIO** (Prontuário: 433487)
Endereço: RUA SANTA TERESINHA 4696 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 28/11/1998 Idade: 19a:1m:19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641867
Requisição: 799126 Solicitação: 17/12/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 990694 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 17/12/2017

Cod. SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 17/12/2017

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável



Wanderley Alves dos Santos
Matricula: 70268
SAME-HUT
Confere com Original

Alton



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 JUN 2018

DPVAT

NOME DO PACIENTE:

João Vitor Senna Simplicio

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

433487

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 ABR 2018

DPVAT

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Corrupção

CMR - Corrupção
MUNDO - OK!

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NHEO 2002/57
as 08:15hs

Impr: 17/12/2017 08:44:57

(User: HELENILSA)
(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

| | | | |
|---------------|--|-------------|-----------------|
| Nome: | JOAO VITOR SENA SAMPAIO | Prontuário: | 433487 |
| Mãe: | SHIRLEY SENA SAMPAIO | Pai: | |
| End.Resid.: | RUA SANTA TERESINHA 4696 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64000-100 | | |
| Nascimento: | 28/11/1998 | Idade: | 19a:1m:19d |
| Responsável: | O MESMO | Sexo: | Masculino |
| Profissão: | MONTADOR | Fone: | 86-99443-9626 |
| G. Instrução: | Médio Incompleto | CNS: | 700607452965468 |
| End.Local.: | | Documento: | CPF: |
| | | E.Civil: | Solteiro(a) |

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 JUN 2018

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | | | |
|--------------------|--|----------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Código: | 641867 | Data: | 17/12/2017 08:40:04 | Condução: | AMBIÂNCIA DE SAM |
| Motivo da Procura: | ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | | Convênio: | UVAT |
| Acid.Trab.: | Não | Acid. Trajeto: | Não | Acid. Trab. Típico: | Não |
| | | | | CID Secundário: | V299 |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | | |
|--|--|-------------|----------------|
| Sinal/Sintoma: | Evento Principal: | Destino: | Classificação: |
| QUEDAS | Dor moderada | ORTOPEDISTA | Amarelo |
| Breve História: | Profissional Clas. Risco: | | |
| pct vítima de queda de motocicleta evoluindo com fratura fechada em punho esquerdo | HELENILSA CORVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 17/12/2017 08:44:57 | | |

06 ABR 2018

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

Paciente com sinais de Embriaguez. Não soube relatar o que aconteceu. Sem queixas algicas. A = vias aéreas patentes, sem ruídos cervical. B = MVA bilateralmente com RA. Sat = 99%. C = Pulso 82 bpm, forte, sem sinais de choque. D = Paciente consciente, levemente desorientado, com sinais de embriaguez. E = Abd inocente, excreções nos olhos e imobilização em MSE, pele estável.

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|------|--------|--------|-----|-----|--------|--|------|--|
| PA | X | mmHg | Pulso: | 82 bpm | FC: | bpm | Temp.: | | CID: | |
| Diagnóstico Inicial: | | | | | | | | | | |

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- RX punho esquerdo ITC de C
TUTDR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Cromo
DATA: 17/12/17

RAIO-X REALIZADO
DATA: 17/12/17
Técnico: [assinatura]

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 17/12/2017

HORA: 11:23

Se Internar, Indicar o Procedimento CID
408020407
Procedimento

Dr. Eduardo Salmito
Médico
CRM-PI 5339 Dr. Leocádo Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 448120-12008

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico



Imp: 17/12/2017 08:45:05
(HELENILSA)

DADOS DO PACIENTE:

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| DADOS DO PACIENTE: | | Prontuário: 433487 | |
| Nome: JOAO VITOR SENA SAMPAIO | | Pai: | |
| Mãe: SHIRLEY SENA SAMPAIO | | Pai: | |
| End.Resid.: RUA SANTA TERESINHA 4696 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64000-000 | | | |
| Nascimento: 28/11/1998 | | Idade: 19a:1m:19d | |
| Responsável: C MESMO | | Sexo: Masculino Fone: 86-99443-9626 | |
| Profissão: MONTADOR | | CNS: 700603453965468 | |
| G. Instrução: Médico Incompleto | | Documento: CPF: - - - - - | |
| End.Local.: - - - | | E.Civil: Solteiro(a) | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|------------------------|
| DADOS DO ATENDIMENTO: | | | |
| <u>Código:</u> 641867 | <u>Data:</u> 17/12/2017 08:40:04 | <u>Clas. Cor:</u> Amarelo | |
| <u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC | | | <u>Convênio:</u> S-0-S |

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

15/03/2010
 DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):
 Data/Hora Solicitação: ____/____/____:____ ESPECIALISTA: NLM-
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: -) Pelitnauma -) Etl
 -) bem Clôuta Neuno lógica Bem.
 Carimbo/Assinatura Solicitante
 DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____:____ 71 Inqnie - bem
 -) 5mm den em anqueleto lene neuno citingian
 axial.
 (d. - l. bna)
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
 -) Catagoria

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

DADOS DA SOLICITAÇÃO (27)

Data/Hora Solicitação: ____/____/____ : ____ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

P.S. (homossexualidade) (E).

G. H. B. A.

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____

PJ CORRETORA DE SEGUROS

DPVAT

06 ABR 2018

Dr. Joaquim Barbosa Júnior
REPUBLICANA / CRUZEIRO DA FORTALEZA

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 19/12/12**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

| | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--------------------|-----------------|
| NOME DO PACIENTE: | <u>Roberto Lito Sene Junior</u> | | | PROFISSIONÁRIO Nº: | |
| DIAGNÓSTICO: | <u>Reforço de Rota</u> | | | CIRURGIA: | <u>Ostomias</u> |
| ANESTESIA: | <u>BPB</u> | | | Nº DA SALA: | <u>09</u> |
| CIRURGIÃO: | <u>Dr. Caio Vaz de Almeida Neto</u> <u>Medico Oncologista</u> <u>CRM-PI 3054</u> | | | CPF Nº: | |
| AUXILIAR: | | | | CPF Nº: | |
| ANESTESIA: | <u>Dr. Carlos Augusto</u> | | | CPF Nº: | |
| INSTRUMENTADORA: | <u>Genivaldo</u> | | | CPF Nº: | |

P.J. CORRETORA
DE SEGUROS

06 ABR 2018

DPVAT

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|----------------------------|--------------|---------------|--------------|--------------------------------|-----------------|----------------|-------|
| AGULHA 25X8 | UNID. | 01 | | LÂMINA DE BISTURI <u>no 24</u> | UNID. | 01 | |
| AGULHA 30X8 | UNID. | 02 | | LUVA Nº <u>4.5</u> | PAR | 02 | |
| AGULHA 40X12 | UNID. | 02 | | LUVA Nº <u>3.0</u> | PAR | 01 | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | — | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | 03 | |
| ALCOOL 70% | ML | 30 | | PVPI DE GERMANTE | ML | 100 | |
| ALGODÃO | BOLA | — | | PVPI TÓPICO | ML | 70 | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | 40 | | PVPI TINTURA | ML | — | |
| COMPRESSA <u>el 4 unid</u> | PAC. | 03 | | SERINGA 20CC | UNID. | 02 | |
| EQUIPO MACRO-GOTA | UNID. | — | | SERINGA 10CC | UNID. | 01 | |
| ESPARADRAPO | CM | 30 | | SERINGA 5CC | UNID. | 01 | |
| ESCALPE Nº | UNID. | — | | SERINGA 3CC | UNID. | — | |
| FORMOL | ML | — | | SORO FISIOLÓGICO | FRASCO | 04 | |
| GASES | PAC. | 03 | | SONDA URETRAL | UNID. | — | |
| JELCO Nº <u>10</u> | UNID. | 01 | | <u>cateter de oxigênio</u> | | 01 | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG | | | | <u>Atadura de crepom</u> | | <u>02 unid</u> | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG | | | | | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON | 3.0 | 01 | | | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: | | | |
| VICRYL | | | | CIRCULANTE: | <u>Jackrump</u> | | |
| PROLENE | | | | | | | |

MOD - 094



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO VITOR SENA SAMPAIO** (Prontuário: 433487)
Endereço: RUA SANTA TERESINHA 4696 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 28/11/1998 Idade: 19a:1m:25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641867
Requisição: 799125 Solicitação: 17/12/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 990693 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Data Exame: 17/12/2017

Cod. SIA: 0204040124

PUNHO ESQUERDO

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

- Fraturas antigas consolidadas distais nos ossos do antebraço fixados com placas e parafusos metálicos.
- Fratura transversa completa recente distal no rádio com desvio.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/12/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



Wanderson Alves dos Santos
Médico Radiologista
SABHUT
Conteúdo Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO VITOR SENA SAMPAIO** (Prontuário: 433487)
 Endereço: RUA SANTA TERESINHA 4696 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 28/11/1998 Idade: 19a:4m:26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 204535
 Requisição: 799831 Solicitação: 19/12/2017 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
 Controle: 991492 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 231 LEITO 229

RELATÓRIO:

Data Exame: 19/12/2017

Cod. SIA: 0204040019

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fraturas nas diáfises distais do rádio e da ulna fixadas com placas e parafusos metálicos.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 26/03/2018

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
 Profissional Responsável



Manoel Azevedo Santos
 Médico - HUT
 Colocar em Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | | |
|--|------------|---|----------------------------------|------------|-------|
| NOME DO PACIENTE JOÃO J. SENA JARDIM | PRONTUÁRIO | D. NASCIMENTO | CLJ | ENE em APL | LEITO |
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES DEPRATVA - RABID | ALERGIAS | HORÁRIO | MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 17/12/17 HORA: 14h | | OBSERVAÇÕES | | | |
| <p>1 - Dieta-geral ✓</p> <p>2 - SE 0,9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p> | | <p><i>06/05</i></p> <p><i>06/05</i></p> <p><i>06/05</i></p> <p><i>06/05</i></p> <p><i>06/05</i></p> <p><i>06/05</i></p> <p><i>06/05</i></p> | | | |

Dr. Leocádio Soares
CRM-PR 14481-TCO 13406

SECRETARIA
DE SEGUROS
06 Abr 2018
DESVAT

Dear Mr. [unclear]
 I have your letter of the 10th inst.
 and am glad to hear that you are
 well. I am also well and hope
 this finds you the same. I am
 very truly,
 Yours,
 [unclear]

Assistente

DR. CARO VIZ. DE OLYMPIA NAYO
MAY 19 1951
CRISTIANITY

~~CONFIDENTIAL~~

Anestesia

Anesthesia

1º Assistente

19/12/17

010101

414

Diagnóstico Pós-operatório

Q What is positive quality institutions

Relatório Imediato do Patologista

**CORRETORA
DE SEGUROS**

06 APR 2018

DPVAT

Acidente Durante a Operação

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

- Tactisch sehr gut
- Anonym - Anonymous
- Mord an der Polizei - Totschlag
- Befreiung der Frau aus der Gruppe der
- Personen & Frauen & Mord an der Gruppe der
- Personen & Frauen - Totschlag
- Taktisch sehr gut

100-1-1000
 MEDICAL COMPANY
 100-1-1000