

Screenshot of a web browser showing a legal document management interface. The main window displays a list of documents under 'JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO' (Case No. 8623622) and a preview of a document titled 'downloadBinario.seam' (Case No. 2701578).

**Left Panel (JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO):**

- 8623622 - CONTESTAÇÃO (2701578 CONTESTAÇÃO PROTOCOLADA 01)
- 8623635 - Documentos (2701578 CONTESTAÇÃO PROTOCOLADA Anexo 02)
- 8623636 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuração compressed)
- 8623637 - Documentos (GARITA DE PREPOSTOS)
- 8623638 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

**Right Panel (downloadBinario.seam):**

1 / 9  
20 de 18  
JOÃO BARBOSA  
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE TERESINA/PI  
Processo: 0801022320198180162  
INCOMPETÊNCIA DO JEC:  
Necessidade de Prova Pericial.  
Incompatibilidade com o Rito  
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, não pode ser feita por meio de ação de competência estadual".

Bottom Status Bar: PT 16:14 03/03/2020



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE TERESINA/PI**

**Processo:** 08010222320198180162

**INCOMPETÊNCIA DO JEC:**

Necessidade de Prova Pericial.  
Incompatibilidade com o Rito

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALDO BEZERRA GOMES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

**CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

**BREVE SÍNTSE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **23/03/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **02/04/2018**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo em **25/05/2018**, não obstante o ajuizamento da presente ação.

Vale ressaltar que o referido sinistro encontra-se em análise pela Seguradora Ré, sendo a mesma surpreendida pela presente Ação.

Ademais, de acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona.

No presente caso, não foi comprovada pela parte autora a NEGATIVA da Seguradora Ré do requerimento extrajudicial, com referência ao pagamento da indenização securitária, sendo, portanto, indevido o ajuizamento da presente ação.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

## **PRELIMINARMENTE**

### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DA INCOMPETÊNCIA DOS JUIZADOS ESPECIAIS CÍVEIS PARA APRECIAR MATÉRIA QUE CAREÇA DE PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL TÉCNICA**

Conforme se observa da exordial, a natureza do pedido é a invalidez da parte autora, sendo o ponto controverso que motivou a lide, o grau dessa suposta invalidez. Trata-se, portanto, de matéria eminentemente técnica, carecedora da produção de prova pericial para ser dirimida. Daí emerge a incompetência dos Juizados Especiais Cíveis para apreciar esta questão.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Por certo o intuito da lei nº 9.099/95 é apresentar um rito mais célere às partes, para causas de menor complexidade, assim entendidas como aquelas que não exigem a realização de prova pericial. Neste sentido, tem sido o posicionamento das Turmas Recursais do Rio Grande do Sul<sup>3</sup>.

Irrefragável a incompetência deste Juizado para julgar a presente lide, pois no caso dos autos, é cristalino que a prova técnica será fundamental para o correto julgamento da ação, na medida em que nos casos de invalidez deverá ser respeitado o grau da lesão do acidentado a fim de ser paga a indenização de forma proporcional.

Em decorrência, a demandada requer a extinção do processo sem resolução do mérito, na forma do artigo 51, II, da lei nº 9.099/95.

## DO MÉRITO

### DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **23/03/2018**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>4</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup>“AÇÃO DE COBRANÇA. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. INCOMPETÊNCIA DO JEC. DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DA INVALIDEZ. LAUDO DO IML QUE NÃO ATESTA O GRAU DE INVALIDEZ. NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA. EXTINÇÃO DO FEITO, SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO MANTIDA. O acidente de trânsito que ocasionou a lesão corporal de caráter permanente no autor ocorreu após o advento da súmula 14 das Turmas Recursais Cíveis que dispõe que “os pedidos de indenização por invalidez permanentes ajuizados a partir do precedente do RI nº 71001887330, julgado em 18/12/2008, deverão observar a regra de graduação da invalidez”, prova que não aportou aos autos. SENTENÇA CONFIRMADA POR SEUS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS. RECURSO DESPROVIDO.” (Recurso Cível Nº 71004897377, Primeira Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Marlene Landvoigt, Julgado em 26/08/2014)

<sup>4</sup>Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

<sup>5</sup>[...] Invalidez parcial e incompleta – Debilidade de membro superior direito – Aplicação da Lei nº 6.194/74 com as alterações introduzidas pelas Leis nº 11.482/2007 e 11.945/2009 – Gradação fixada em laudo do IML acostado aos autos – Percentual da Perda fixada em 60% (sessenta por cento) – Indenização que deve ser fixada de acordo com o grau da invalidez – Súmula nº 474, do Superior Tribunal de Justiça – Valor que merece adequação – Reforma da sentença nesse ponto – Provimento parcial. - Ocorrido o acidente que vitimou o segurado na vigência das Leis nos 11.482/2007 e 11.945/2009, que alteraram o art. 3º da Lei nº 6.194/74, para a fixação do valor indenizatório, deve ser observada a graduação, em percentuais e conforme o tipo da lesão e o membro/órgão lesado, estabelecida na tabela anexa à segunda lei citada. - Nos termos da Súmula nº 474, do Superior Tribunal de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.” [...] “ Julgamento da Apelação Cível n.º 0000293-49.2011.815.0241 - Sala de Sessões da Segunda Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, João Pessoa, 28 de abril de 2015.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta, que é exatamente o caso dos autos.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Para uma melhor visualização, segue tabela demonstrando o valor devido ao autor, com base na lesão suportada:

<b>Danos Corporais Segmentares (Parciais)</b>	<b>Percentuais das Perdas</b>	<b>Valor da Indenização</b>
<b>Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</b>		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25	R\$ 3.375,00

<b>Repercussão</b>	<b>Valor da Indenização</b>
30%	R\$ 1.012,50
60%	R\$ 2.025,00

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez na hipótese de condenação, totalizando o valor de R\$ 3.037,50.

### **DO MÉRITO**

#### **- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS DESPESAS E O SUPOSTO SINISTRO -**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre as despesas médicas e o acidente noticiado.

Em que pese a parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que os comprovantes de gastos médicos sejam em decorrência do acidente de trânsito<sup>[1]</sup>**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e o suposto desembolso por despesas médicas havido pela vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>[2]</sup>.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre as despesas médicas e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I da Lei Processual Civil.

### DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE

#### ENTRE O SINISTRO NOTICIADO E AS SUPOSTAS DESPESAS COM MEDICAMENTOS

Imperioso ressaltar que restou-se fragilizada comprovação do nexo de causalidade entre as despesas médicas supostamente realizadas e o sinistro noticiado, visto que as respectivas notas fiscais de medicamentos estão desacompanhadas de receituário médico, não havendo como afirmar que os procedimentos supostamente realizados têm indicação médica para o tipo de lesão acometida pela vítima.

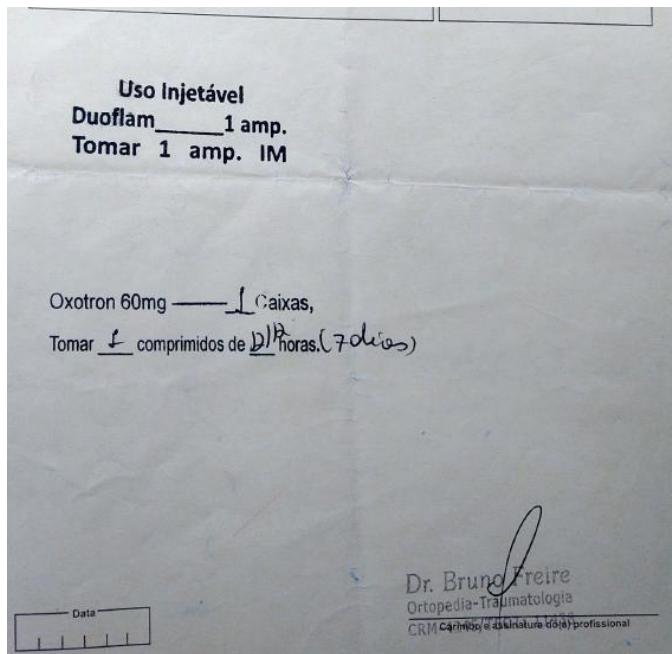
Desta forma, não há razoabilidade no pagamento de despesas de procedimentos não prescritos ou que ultrapassaram o que foi determinado pelo médico, além de compra de medicamentos que excedem o que foi prescrito como adequado ao tratamento pelo profissional<sup>[3]</sup>.

Com efeito, a alínea "b", art. 5º, da lei n.º 6.194/74, nesta parte não alterada pela lei n.º 8.441/92, exige a **prova** das despesas efetuadas para que haja indenização no caso de danos pessoais, conforme a seguir:

*"b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente – no caso de danos pessoais"*

É notório que os documentos acostados aos autos pelo Recorrido não demonstram os gastos alegados pelo mesmo e acolhidos como verdadeiros pelo Nobre Magistrado.

Como podemos observar o receituário médico não traz data, existindo a ausência de nexo entre as lesões e as despesas médicas.



Assim, analisando detidamente os documentos carreados aos autos, não se pode afirmar a existência do nexo causal entre o sinistro noticiado e as supostas despesas com medicamentos<sup>[4]</sup>, face à ausência de prescrição médica específica e qualquer elemento razoável que permita o pagamento da indenização ora pleiteada.

Por inexistir comprovação do nexo de causalidade, requer que os pedidos sejam julgados improcedentes consubstanciados no artigo 487, I do NCPC.

### **DO TETO INDENIZATÓRIO – DESPESAS MÉDICAS E SUPLEMENTARES – DAMS**

Cumpre esclarecer que a Lei nº 6.194/74, regulamentadora do seguro obrigatório DPVAT, expressamente estabelece que o pagamento da indenização securitária se condiciona que as despesas de assistência médica e suplementares a serem reembolsadas pelas Seguradoras estejam “devidamente comprovadas” pelas vítimas de acidentes.

Como se observa da citada alínea “c” do art. 3º da Lei n. 6.194/74, a Lei prevê apenas o teto máximo para pagamento da indenização, mas não fixa valores a serem resarcidos.

Regulamentando a matéria, fora editada a Medida Provisória 340/06 com posterior conversão na Lei 11.482/07, a qual estabeleceu o valor do teto indenizatório para DAMS até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Desta forma, interpretando segundo regra comezinha de hermenêutica onde aduz que “*A lei não contém frase ou palavra inútil, supérflua ou sem efeito*” conclui-se que a expressão “até” delimita o valor da indenização neste teto, não havendo possibilidade de estendê-lo.

### **DA UTILIZAÇÃO DA TABELA REFERENCIAL**

Outro aspecto não menos importante, o artigo 7, § 2º, da referida Lei determina que o CNSP “estabelecerá normas para atender ao pagamento das indenizações previstas neste artigo, bem como a forma de sua distribuição pelas seguradoras participantes do Consórcio”.

Em sentido mais amplo, o artigo 12 da mesma Lei prevê que “o Conselho Nacional de Seguros Privados expedirá normas disciplinadoras e tarifas que atendam ao disposto nesta lei”.

Resta clara, portanto, a intenção do legislador em dar competência ao CNSP para regulamentar as formas de pagamentos das indenizações cobertas pelo seguro obrigatório constituído. De outro lado, não há conflito entre a Resolução questionada e a Lei n. 6.194/74, que apenas efetua o tabelamento dos preços dos serviços prestados como referência para as indenizações.

Assim, a utilização da tabela referencial de procedimentos e custos médico-hospitalares, divulgada pelo Convênio DPVAT, não foi estipulada pelas Seguradoras como um “limite de cobertura” inferior ao estabelecido através de Resoluções expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, conforme comumente é propalado.

**A aludida tabela representa tão somente uma parametrização das despesas a que estão sujeitas as vítimas de acidentes, efetuada com vistas à uniformização dos custos médico-hospitalares e ao atendimento dos critérios de razoabilidade e proporcionalidade que devem nortear a aferição e cálculo do valor da indenização.**

Ressalte-se que no âmbito de seguro de saúde privado, a utilização das tabelas de preços para os serviços é comum a averbação de valores que excedam os do mercado, evitando-se o superfaturamento dos serviços.

Seguindo tais lineamentos, não se vislumbra motivação para deixar de observar as normas disciplinadoras expedidas pelo citado Órgão para o pagamento buscado na presente ação de cobrança.

Sendo assim, considerando a ausência de documentos nos autos que guardem relação com as hipóteses supracitadas, requer a improcedência do pedido, fundamentado no artigo 487, I do CPC.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida na forma da fundamentação da peça de bloqueio.

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>**art. 1º. (...)**  
**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TERESINA, 3 de março de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PI 10201**

**EDNAN SOARES COUTINHO**  
**1841 - OAB/PI**

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALDO BEZERRA GOMES**, em curso perante a **ÚNICO JEC** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08010222320198180162.

Rio de Janeiro, 3 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

		CNPJ 27.574.000/0006-16   16.355.655/07-04 Av. Delmário Mendes, 2093, Witora - 26530-000, Teresina - PI Telefone: (86) 323.225.2000 ou 225.9 / (86) 323.2229																															
NOME DO USUÁRIO: <b>RAIMUNDA C DA SILVA</b> PROPRIETÁRIO: <b>RAIMUNDA CAMPELO DA SILVA</b> COND. DIRCEU ARCOVERDE FII, Q-323-E-001-1-ATAXARE-TERESINA-PI-289164078420		DATA DA CONSULTA: 12/04/2018   HORA DA CONSULTA: 13:20:16																															
12/04/2018 010-00028-000026		CEP: 61000-000 010   61000-000																															
MÊS/ANO TBO: 04/2018 01/2018   01/2018 02/2018   02/2018 03/2018   03/2018 04/2018   04/2018		ESTADO DO HABITATIVO: 1 Residencial - Normal																															
DATA: 16/02/2018   TBO: 1152 ANTERIOR: 17/03/2018   TBO: 1172 ATUAL		DATA: 16/03/2018   TBO: 20 ANTERIOR: 17/03/2018   TBO: 1172 ATUAL																															
TABAÚNA TRAM		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FONTE																															
RESIDENCIAL BÁSICO DE CONSUMO (MB E/M)		EXECUÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 61,93 > Resid. social-Normal 20,0 m <sup>3</sup> 61,93 JUROS PON. ATRASO 01/2018 0,87 MULTA PON. ATRASO 01/2018 1,36																															
NÃO RESIDENCIAL BÁSICO DE CONSUMO (MB E/M)		FONTE: ÁGUA DATA DA EMISSÃO: 17/03/2018   HORA DA EMISSÃO: 13:20																															
INSTRUÇÕES / AINFORMAÇÕES																																	
<b>AVISO:</b> ARQUIVOS ACUSADOS. 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.																																	
<b>NOTA INFORMATIVA:</b> Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura passará à suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.027/93, Art. 3º, §3º, Inciso II.																																	
<b>CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M/S DECRETO Nº 5.440)</b>																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONCEPÇÃO</th> <th>AMOSTRAS EM DESENHO DISTRIBUÍDO</th> <th>MÉDIA / M3</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLARO/UMVE</td> <td>3-683</td> <td>3-699</td> <td>3-69</td> <td>1,12</td> <td>0,10-5,00 mg/l</td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td>3-623</td> <td>3-634</td> <td>3-63</td> <td>7,63</td> <td>Inferior a 15-0</td> </tr> <tr> <td>PH</td> <td>3-639</td> <td>3-639</td> <td>3-66</td> <td>6,45</td> <td>6,30-9,50</td> </tr> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>3-614</td> <td>3-651</td> <td>3-62</td> <td>2,68</td> <td>Inferior a 5,00</td> </tr> </tbody> </table>				PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONCEPÇÃO	AMOSTRAS EM DESENHO DISTRIBUÍDO	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO	CLARO/UMVE	3-683	3-699	3-69	1,12	0,10-5,00 mg/l	COR APARENTE	3-623	3-634	3-63	7,63	Inferior a 15-0	PH	3-639	3-639	3-66	6,45	6,30-9,50	TURBIDEZ	3-614	3-651	3-62	2,68	Inferior a 5,00
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONCEPÇÃO	AMOSTRAS EM DESENHO DISTRIBUÍDO	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO																												
CLARO/UMVE	3-683	3-699	3-69	1,12	0,10-5,00 mg/l																												
COR APARENTE	3-623	3-634	3-63	7,63	Inferior a 15-0																												
PH	3-639	3-639	3-66	6,45	6,30-9,50																												
TURBIDEZ	3-614	3-651	3-62	2,68	Inferior a 5,00																												
<b>CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M/S DECRETO Nº 5.440)</b>																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONCEPÇÃO</th> <th>AMOSTRAS EM DESENHO DISTRIBUÍDO</th> <th>MÉDIA / M3</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COLIFORMES TOTAL</td> <td>5-74</td> <td>5-74</td> <td>6</td> <td>1,00</td> <td>0,00-1,00</td> </tr> <tr> <td>ESCHERICHIA COLI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONCEPÇÃO	AMOSTRAS EM DESENHO DISTRIBUÍDO	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO	COLIFORMES TOTAL	5-74	5-74	6	1,00	0,00-1,00	ESCHERICHIA COLI																	
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONCEPÇÃO	AMOSTRAS EM DESENHO DISTRIBUÍDO	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO																												
COLIFORMES TOTAL	5-74	5-74	6	1,00	0,00-1,00																												
ESCHERICHIA COLI																																	
DATA DA EMISSÃO: 17/03/2018   HORA DA EMISSÃO: 13:20																																	

ASAGEMI SEGURADORA S/A  
 20 MAI 2018  
 RECEBIDO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Aldo Bezerra Gonçalves

RG nº 3303938, data de expedição 30/12/08, Órgão SESP

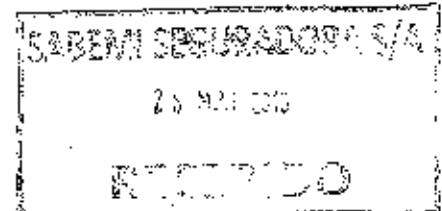
CPF nº 550.079.663-33, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Quadrado 323 casa 08 Itaipu</u>
Número	<u>5-03</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Simp. de Ancoáverde 33</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078420</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 994.23-3434 / 3303-5885 / 99503-0030</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina de Abril 2009

Assinatura do Declarante: Aldo Bezerra Gonçalves



<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Relatado	<input type="checkbox"/> Relatado ao Serviço Fatorial (am)
<input type="checkbox"/> Enegreço Insulficiente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não compareceu
<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Preso(a) detido
<b>PARA USO DO CORREIO - DEVOLUGAÇAO ELETRONICA - 0330</b>		

**HONDA**  
Consórcio



CAJUEIRO AGUA BRANCA

26/03/2017



CEDE FORTALEZA CE 16A CID - AMARRADOS  
CINTIA MARIA FERREIRA DE SOUSA  
Q 339 11  
ITARARE  
84078-466 TERESINA - PI

41360/737-16



7213342837136/0000001215030031017

Data da postagem: 03/10/2017

ICB

0012156

Adm. Consórcio Nacional Honda Ltda.  
CNPJ: 45.477.769/0001-64  
Av. Senador Rodolfo Silveira, 304 - Santo Antônio  
Andamento à 35 Passos do Centro  
Centro de Atendimento ao Cliente: (11) 2072-7007  
www.consorcionalnacionalhonda.com.br  
CEP: 06380-043  
Endereço: 02007-6707  
Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 722 2340  
Central de Atendimento ao Cliente: (11) 2072-7007



**HONDA**  
Consórcio

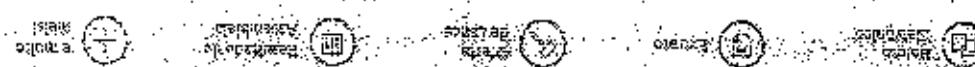
**PARCEIRO SEGURO DA VIDA**

14/10/2017

**RECEBIDO**

Os serviços do Consórcio Honda são os mais utilizados e a parceria da sua vida é de fato, parceiro é de fato.

**PARCEIRO SEGURO DA VIDA**



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Cintia maria fernanda de Souza, inscrito (a) no CPF/CNPJ 023.923.103-62, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alírio Bezerra Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 530079663-91, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Alírio Bezerra Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 530079663-45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

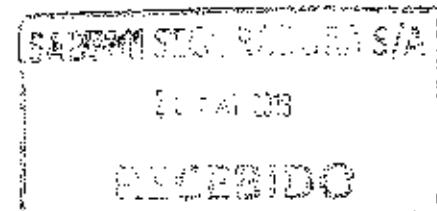
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento
<u>Avadão 339 casa 55 Dinetec Arcoverde</u>	<u>35</u>	<u>lateral</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>Arcoverde</u>	<u>Arcoverde</u>	<u>PB</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
	<u>(83) 33423-3434</u>	<u>(83) 3303-5686</u>
		<u>(83) 3303-0030</u>

Teresina, de Maio de 2018  
Local e Data

Cintia maria fernanda de Souza  
Assinatura do Declarante





✓

NOME DO PACIENTE: Wanda Bezerra Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 431562

SABESP SECURADORA S/A
26 MAI 91
RECEBIDO

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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALDO BEZERRA GOMES		Prontuário: 471562
Mãe: MARIA JOSE GOMES	Pai: JOSE BEZERRA GOMES	
End. Resid.: QUADRA 323 CASA C1 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Mascimento: 14/04/1974	Idade: 43a:11m:9d	Sexo: Masculino Fone: 86-99504-0662
Responsável: REGILDA CANPELO	CNS:	
Profissão: AG PORTARIA	CPF: 390.079.663-91 * RG: -	
E. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 656635	Data: 23/03/2018 09:46:44	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convenção: S D S
Acid. Traub.: Sim	Trajeto?: Sim	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Repre acidente de trânsito com trauma

BARBARA SEGUINHO 8/1

23/03/2018

RECEBIDO

PA: \_\_\_\_\_ x mmHg P脉: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ bpm Temp.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial: Fratura Torso-abd E + radio distal D CID: S 82.6

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torso-abd E

rx antebraço D

Interv: gaze / gessagem curva

RAIO-X REALIZADO S 525

DATA: 23/03/18

Técnico: 10

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: / / FORA: / /
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade	
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado: 04/50/0012
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> IML	
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	CID Compatível: _____
Prof. Solicitante		Internação:	

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Fernand Freitas  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Ortopedia e Colovelo  
 Cirurgia Geral e Reabilitação  
 CRM-PI 3096 - Regist. 700  
 Profissional - BE



**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

Data: 23/03/2018 09:46:44  
(REGISTRADE)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> ALDO BEZERRA GOMES	<u>Prontuário:</u> 471562
<u>Mae:</u> MARIA JOSE GOMES	<u>Pai:</u> JOSE BEZERRA GOMES
<u>End. Resid.:</u> QUADRA 323 CASA 01 - DIRECET ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
<u>Nascimento:</u> 14/04/1974	<u>Idade:</u> 43a:11m:9d
<u>Responsável:</u> ROSILDA CRIMPELO	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Profissão:</u> AG PORTARIA	<u>CNS:</u>
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo	<u>Documento:</u> CPF: 590.079.663-91
<u>End. Local.:</u> - - -	<u>E.Civil:</u> Casado(a)

### DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 656635	<u>Data:</u> 23/03/2018 09:46:44	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênios:</u> S S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/:\_\_\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/:\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/:\_\_\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Manoel da Costa  
SAÚDE  
COMFERE COM ORIGINAL

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/:\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PNO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local	
	23 03 18	230318	2899	850	910	
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
	28 9 40					
Local da Ocorrência	10 Endereço	Joaquim Pinto Brum e Rua Vaca				
	11 Bairro	Jardim Castelândia				
	12 Município-UF	Código IBGE				
	13 Ponto de referência	Praça Delmara				
Dados do Paciente	14 Nome	Aldo Bezerra Gomes				
	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado				
	16 Idade	1 - Dia 2 - Mes 3 - Ano 4 - Ignorado	Se idade ignorada preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	
	43	44				
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência					
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-PAF 04 - Agressão física-FAE 05 - Ocorrência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	17 - Já removido 18 - Falso chamado	
	19) Vítima	20) Meio de locomoção	21) Outra parte envolvida	22) Equipamentos de segurança		
	1 - Pedestre 2 - Corridor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 8 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>		
Exame Físico	23) Glasgow = <input type="checkbox"/>	RESPOSTA VERBAL				
	ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Ignorado	15- Orientada 4- Confusa 5- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 16- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24) Síntese Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX _____ Saída _____	25) Local da lesão	
	26) Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27) Dor <input type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Ligeira 1 - Sem Dor 3 - Moderada 5 - Intensa			
	28) Pulsos 1 - Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29) Fechada <input type="checkbox"/>	30) Fechada 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>			
Assistência	31) Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Celar cervical <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Inibição de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiorrespiratória <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Vértebro <input type="checkbox"/> Medicamentos a)	2834 mg/100 ml		
	32) Hospital de Destino HOT					
Hospital de Destino	33) Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	34) Óbito	1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/>	Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	CONFERIDA <input type="checkbox"/>	
Oncorragias Interdisciplinar	Relato de paciente: Aldo Bezerra Gomes Com trauma em ombro esquerdo (queimado) e dor no punho, imobilizado o 1º metacarpal e envolto com gaze e can capuz, com suspeita de diabetes informe que paciente de 23 anos, Valerio Ferdinand, ortopedia e Oncorragia de 23 anos, Valerio Ferdinand, ortopedia e Oncorragia de 23 anos, Valerio Ferdinand, ortopedia e					
		Médico AEITE	Enfermeira Condutor			



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

Fundação Municipal de Saúde

卷之三

፳፭

PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
NOME DO PACIENTE <b>Adalo Bezerra Gomes</b>				
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES fx. Tumores E + Nodulo distal				
PRONTUÁRIO	ALMOCAS	HORÁRIO		
PREScriÇÃO MÉDICA DATA: 22/03/18 HORA:				
1 - Dieta geral 2 - SE 0,9% 500ml EV-e-e-12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ramiprilma 50mg + ADEV 3/8h 6 - Plastilon ampi + ADEV 8/8h-8h 7 - CCGG + SSVV				
8. Nefronime 750 U 2x/dia 18h 9. Insulina NPH 40 U 2x/dia 18h				
10. Tramadol 50mg 2x/dia + 150mg noite				
11. 20. Rua Antonia de Oliveira 18 - Vila Bela - Belo Horizonte - MG 12. 3790-3677				
13. 11:30 - 18:30				
14. 11:30 - 18:30				
15. 11:30 - 18:30				
16. 11:30 - 18:30				
17. 11:30 - 18:30				
18. 11:30 - 18:30				
19. 11:30 - 18:30				
20. 11:30 - 18:30				
21. 11:30 - 18:30				
22. 11:30 - 18:30				
23. 11:30 - 18:30				
24. 11:30 - 18:30				
25. 11:30 - 18:30				
26. 11:30 - 18:30				
27. 11:30 - 18:30				
28. 11:30 - 18:30				
29. 11:30 - 18:30				
30. 11:30 - 18:30				
31. 11:30 - 18:30				
32. 11:30 - 18:30				
33. 11:30 - 18:30				
34. 11:30 - 18:30				
35. 11:30 - 18:30				
36. 11:30 - 18:30				
37. 11:30 - 18:30				
38. 11:30 - 18:30				
39. 11:30 - 18:30				
40. 11:30 - 18:30				
41. 11:30 - 18:30				
42. 11:30 - 18:30				
43. 11:30 - 18:30				
44. 11:30 - 18:30				
45. 11:30 - 18:30				
46. 11:30 - 18:30				
47. 11:30 - 18:30				
48. 11:30 - 18:30				
49. 11:30 - 18:30				
50. 11:30 - 18:30				
51. 11:30 - 18:30				
52. 11:30 - 18:30				
53. 11:30 - 18:30				
54. 11:30 - 18:30				
55. 11:30 - 18:30				
56. 11:30 - 18:30				
57. 11:30 - 18:30				
58. 11:30 - 18:30				
59. 11:30 - 18:30				
60. 11:30 - 18:30				
61. 11:30 - 18:30				
62. 11:30 - 18:30				
63. 11:30 - 18:30				
64. 11:30 - 18:30				
65. 11:30 - 18:30				
66. 11:30 - 18:30				
67. 11:30 - 18:30				
68. 11:30 - 18:30				
69. 11:30 - 18:30				
70. 11:30 - 18:30				
71. 11:30 - 18:30				
72. 11:30 - 18:30				
73. 11:30 - 18:30				
74. 11:30 - 18:30				
75. 11:30 - 18:30				
76. 11:30 - 18:30				
77. 11:30 - 18:30				
78. 11:30 - 18:30				
79. 11:30 - 18:30				
80. 11:30 - 18:30				
81. 11:30 - 18:30				
82. 11:30 - 18:30				
83. 11:30 - 18:30				
84. 11:30 - 18:30				
85. 11:30 - 18:30				
86. 11:30 - 18:30				
87. 11:30 - 18:30				
88. 11:30 - 18:30				
89. 11:30 - 18:30				
90. 11:30 - 18:30				
91. 11:30 - 18:30				
92. 11:30 - 18:30				
93. 11:30 - 18:30				
94. 11:30 - 18:30				
95. 11:30 - 18:30				
96. 11:30 - 18:30				
97. 11:30 - 18:30				
98. 11:30 - 18:30				
99. 11:30 - 18:30				
100. 11:30 - 18:30				
101. 11:30 - 18:30				
102. 11:30 - 18:30				
103. 11:30 - 18:30				
104. 11:30 - 18:30				
105. 11:30 - 18:30				
106. 11:30 - 18:30				
107. 11:30 - 18:30				
108. 11:30 - 18:30				
109. 11:30 - 18:30				
110. 11:30 - 18:30				
111. 11:30 - 18:30				
112. 11:30 - 18:30				
113. 11:30 - 18:30				
114. 11:30 - 18:30				
115. 11:30 - 18:30				
116. 11:30 - 18:30				
117. 11:30 - 18:30				
118. 11:30 - 18:30				
119. 11:30 - 18:30				
120. 11:30 - 18:30				
121. 11:30 - 18:30				
122. 11:30 - 18:30				
123. 11:30 - 18:30				
124. 11:30 - 18:30				
125. 11:30 - 18:30				
126. 11:30 - 18:30				
127. 11:30 - 18:30				
128. 11:30 - 18:30				
129. 11:30 - 18:30				
130. 11:30 - 18:30				
131. 11:30 - 18:30				
132. 11:30 - 18:30				
133. 11:30 - 18:30				
134. 11:30 - 18:30				
135. 11:30 - 18:30				
136. 11:30 - 18:30				
137. 11:30 - 18:30				
138. 11:30 - 18:30				
139. 11:30 - 18:30				
140. 11:30 - 18:30				
141. 11:30 - 18:30				
142. 11:30 - 18:30				
143. 11:30 - 18:30				
144. 11:30 - 18:30				
145. 11:30 - 18:30				
146. 11:30 - 18:30				
147. 11:30 - 18:30				
148. 11:30 - 18:30				
149. 11:30 - 18:30				
150. 11:30 - 18:30				
151. 11:30 - 18:30				
152. 11:30 - 18:30				
153. 11:30 - 18:30				
154. 11:30 - 18:30				
155. 11:30 - 18:30				
156. 11:30 - 18:30				
157. 11:30 - 18:30				
158. 11:30 - 18:30				
159. 11:30 - 18:30				
160. 11:30 - 18:30				
161. 11:30 - 18:30				
162. 11:30 - 18:30				
163. 11:30 - 18:30				
164. 11:30 - 18:30				
165. 11:30 - 18:30				
166. 11:30 - 18:30				
167. 11:30 - 18:30				
168. 11:30 - 18:30				
169. 11:30 - 18:30				
170. 11:30 - 18:30				
171. 11:30 - 18:30				
172. 11:30 - 18:30				
173. 11:30 - 18:30				
174. 11:30 - 18:30				
175. 11:30 - 18:30				
176. 11:30 - 18:30				
177. 11:30 - 18:30				
178. 11:30 - 18:30				
179. 11:30 - 18:30				
180. 11:30 - 18:30				

MÉDICALISATION

FMS

SUS

HUT

IDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

61712

61712

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Nome do estabelecimento encarregado:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

4-CNES

5828856

210746

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ALDO BEZERRA GOMES

6 - Prontuário: 471562

7-CNS:

8-Nascimento: 14/04/1974 9-Sexo: Masculino

CPF: 590.079.663-91

11-Mae: MARIA JOSE GOMES

12-Fone: 86-99504-0662

13-Resp: REGILDA CAMPELO

14-Cor: Parda

15-End: QUADRA 323 CASA 01 - DIREU ARCOVERDE - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

## JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

21 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Repre grande de moto com trauma  
no pulso direito e tornozelo esquerdo

21 - Condições que justificam a internação:

Tratamento cirúrgico

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

Rx + exame fímbra

24-CIN 25145 25-UN. Serv.: 26-CDU C.8811

23-Diagnóstico Inicial:  
(Informação Posterior)

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procedimento solicitado:  
0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLASTempo 400  
999929-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:  
02 01 CPF 716.039.213-20

Dr. Ferdinand Freitas  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
CRMPI 3096 - TEC 1020

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:  
HERDINAND CÁVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO 23/03/2018

35-Des. (Assinatura):

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito  
37-( ) Acidente Trabalho Físico  
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNAE Seguradora:

40-No. REINER:

41-SAFIA

42-CNAE J. Empresa:

43-CNAE J. Profissão:

44-EPOR:

45 - Vítimo com a Previdência:  
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47 - Data Autorização:

48-Documento: 49-Nº do Documento:

( ) Cnes ( ) CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Regilda Campelo da Silva

Praticante: MARIA JUANA  
Consultor: LARANJEIRA  
Consulta: SEM  
Impressão: 28/03/2018 10:58:28



EDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESENÇIA DE TERESINA - M  
T

HOSPITAL DE

PREScrição Módica

NOVO DÓ PACIENTE	PACIENTE	PACIENTE	ENF. QUAP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PRATICANTE	IDADE	CLÍNICA	CORREDOR 1
ALDO BEZERRA GOMES		470973	73	ORTOPEDIA	
DATA/HORA	CÓDIGO	PRSCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	OBSERVACOES
DI: 18/03/2018		FRAT. DA EXT. DISTAL DA TIBIA			03:00 Pefc realizou o Rx
25/03/18		Pct. com mui. bonica. Júlio Cesar. - fo. bono as pcts.			em terço médio
		Ator. hiper. forcos.			<i>Sofistica</i>
		1 Dieta oral livre			
		2 gelco salinizado			
		3 Ranitidina 50mg - 01 amp + AD EV B/8hs			
		4 Tramadol 100mg - 01 amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN			
		5 Dipirona - 01 amp + AD EV 6/6hs			
		6 Tilatil 20mg - 01 amp + AD EV 12 / 12hs			
		7 Ketin 1g 1amp + AD EV 6/6h			
		8 Glicemia capilar de 6/6h			
		9 Insulina regular conforme esquema:			
		10 150-200 2UI SC; 201-250 400U SC; 251-300 600U SC			
		11 301-350 8U SC; 351-400 10U SC >400 12U SC			
		12 glicose 50% 4amp EV se glicemia < 80mg/dl			
		13 Cuidados gerais e sinais vitais			<i>Dr. J. Alvaro P. S. - Ortopedista e Traumatologista / Ortopedia e Traumatologia / CRM-PI 10710029 / CRM-PI 11305 / CRM-PI 103567</i>



NOME Aldo Bezerra GomesIDADE anosDATA / / 2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA:  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Fract. de Tibia + FúrcosCIRURGIÃO 

SINAIS VITais	HORÁRIO		SAIDA
	ADMISSÃO	SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>101 X 72</u>		<u>184 X 125 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDIÁCA (bpm)	<u>68</u>		<u>73</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>98 %</u>		<u>100 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>—</u>		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>—</u>		
NOSE/PLATEAU	<u>Anestesiado</u>		<u>SD</u>

## ÍNDICE DE ALBERTEE KROLIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO		CONSCIÊNCIA		SATURAÇÃO O <sub>2</sub>		ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL	ASS.
		2	1	0	2	1	0	2	1			
Movimenta os quatro membros	2	2	1	0	2	1	0	2	1	2	2	2
Movimenta dois membros	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	2	2	1	0	2	1	0	2	1	2	2	2
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	1	0	2	1	0	2	1	2	2	2
Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1
Tem apneia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	2	2	1	0	2	1	0	2	1	2	2	2
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	1	0	2	1	0	2	1	2	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	2	2	1	0	2	1	0	2	1	2	2	2
Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	2	1	0	2	1	0	2	1	2	2	2
Desperta, se solicitado	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1
Não responde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	2	2	1	0	2	1	0	2	1	2	2	2
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	1	0	2	1	0	2	1	2	2	2
Neecessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA					
hs	ml	hs	ml	hs	ml	hs
hs	ml	hs	ml	hs	ml	hs

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

19:00 Admitido, no Pós de osteosíntese de fibula e de punho, consciente, orientado, febre, com hipertensão sistólica, com sudorese limpa, em hidratação parenteral. P. Colle

## RAIO-X REALIZADO

DATA 29/03/2018Técnico: SD

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

*29/03/2018*  
*Manhã 08:30*  
*SAÚDE*  
*CONFERIDA COM ORIGINAL*  
*ANGSTHESIOLOGISTA*

ENCAMINHAMENTO  EXTERNO  SALA DE GESSO  IMAGENS E GRÁFICOS 

HORÁRIO

POSTO:  1  2  3  EMERGÊNCIA PED. UFT:  PED  NEURO  GERAL  14  QUEIM. CLÍNICA:  PED  NORMA  NEU  CIR *021h30*

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO  
CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente	Aldo Rezende Gomes		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de Pato (D) + Fratura do genitale (E)		
Operação - Tipo	Mai de genito (D) + Mai de genito (E)		
Cirurgião	Dr. Eduardo Bessa	1º Assistente	Dr. J. S. Viana
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador	Locupena	Anestesiologista	D. Christian
Anestésico(a)		Sedativo	Raque + Bloco
Data de Operação	2	Inicio	10h 00m 00s
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de genito (D) + Fratura de genito (E)		
O caso			
Relatório Imediato do Patologista			
<p>Acidente Durante a Operação</p> <p>ME Paus</p> <p>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>1) Paciente em SPH. Sei. Pausa devido sangramento (D) + Fratura de genito (E)</p> <p>2) Fixar mi + Anterópni + Dacrocist. de Unhas e unha de hérnia (E)</p> <p>3) Unha de hérnia removida, vitimizada ferida curvada 1/3 anterior ao nível.</p> <p>4) Recup. da ferida de hérnia e colostom. Pausa de T 3,5 cm Cicatriz 3/4 ferida na direita e 1/4 ferida na esquerda.</p> <p>5) Frang. (D). Fechamento por envolt. mi. Iguatemi 1/3 (E)</p> <p>6) Fixar mi + Anterópni + Dacrocist. de Unhas e unha de hérnia (E) (E)</p> <p>7) Unha de hérnia removida. Pausa de 1/2 cm, dissec. para ponte vitimizada. Cura com envolt. mi. Iguatemi.</p> <p>8) Otimizar ferida para canto DIF - Colossal 2 profiss. Intra. no hérnia e 3 parafuso acetabulo de ferida. 1/3 parafuso (Frang. + Frang. ) (Tm. hérnia).</p> <p>9) Fechamento ferida, tampo</p>			



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24.05.78

NO MEU DO PACIENTE:	<u>Adelina Bezerra Gomes</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>471562</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>trocas cervicais múltiplas</u>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Henrique</u>	N° DA SALA:	<u>08</u>
CIRURGIA:	<u>Dr. Eduardo Bona</u>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<u>Dr. Vitorio</u>	CPF N°:	
ANESTESIA:	<u>Raque + Bloquio</u>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Leopoldina</u>	CPF N°:	

#### MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA N° 7,5	PAR	02 + 04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7,0	PAR	04 + 04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10 + 10	
ALCOOL 70%	ML	200		Clorhex PVP DE GERMANTE	ML	350 + 250	
ALGODÃO	BOLA	—		PVP HÓPICO	Clorhex - Algodão	ML	250 + 250
ÁGUA OXIGENADA	ML	300		PVP TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	500		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	—		elitrodos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	UNID.	06	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				crepom	UNID.	60	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				jarra de smach			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3-0	unid						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2-0	unid			CIRCULANTE:			
PROLENE				ginecologia			

PACIENTE: ALDO BEZERRA GOMES  
MÉDICO RADIOLOGISTA: 2854 CRM-PI  
DATA: 10/04/2018

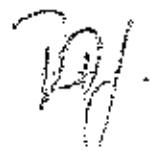
**RADIOGRAFIA DA Perna ESQUERDA**

**Análise:**

Controle de fratura na fibula distal, fixada por placa e parafusos metálicos.  
Demais estruturas ósseas íntegras.  
Espaços articulares preservados.  
Partes moles com transparência normal.

**Conclusão:**

Controle de fratura na fibula distal, fixada por placa e parafusos metálicos.



Dr. Pedro Augusto Pedreira Martins Junior  
CRM 2854-PI

PACIENTE: ALDO BEZERRA GOMES  
MÉDICO RADIOLOGISTA: 2854 CRM-PI  
DATA: 10/04/2018

**RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO**

**Análise:**

Controle de fratura no rádio distal, fixada por placa, parafusos e fio metálicos.

Descontinuidade do processo estilóide da ulna.

Demais estruturas ósseas integrais.

Redução do espaço articular radiocárpico, com esclerose do rádio distal.

Demais espaços articulares preservados.

Partes moles com transparência normal.

SADERM SEGURADORA S/A

22 MAI 2018

**RECEBIDO**

**Conclusão:**

Controle de fratura no rádio distal, fixada por placa, parafusos e fio metálicos.

Descontinuidade do processo estilóide da ulna.



Dr. Pedro Augusto Pedreira Martins Junior  
CRM 2854-PI



SABEMOS GUARDAR SE

25 MAI 2013

RECORRIDO

2.635.599

04.11.2003

CINTIA MARIA FERREIRA DE SOUSA

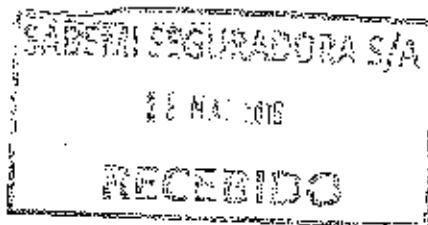
Valdecy Nonato da Souza

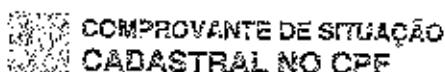
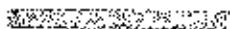
Maria Adalgisa Ferreira de Souza

Teresina-Piauri

12.Abr.1988

Nascido 297.892 Lir. 1 248 Fls. 731 exp. em  
Teresina-Pi. 13.Jan.1993





## MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 027.471.103-62

Nome: CINTIA MARIA FERREIRA DE SOUSA

Data Nascimento: 12/04/1988

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPE: 03/05/2005

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 18:35:09 do dia 28/06/2017 (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: E2A0-BD51-BBD1-5554

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** ALDO BEZERRA GOMES

**Nº Sinistro:** 3180244928

**Vitima:** ALDO BEZERRA GOMES

**Data do Acidente:** 23/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180244928**.

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

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

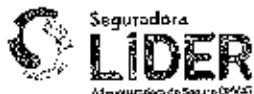
Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### 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	Nome completo da vítima
	500079663-51	Alba Bezerra Gomes

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Alba Bezerra Gomes	500079663-51	funcionária
Endereço	Número	Complemento
Quadrado 323 c 003	003	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Vila das Acovadas	Teresina	Piauí
Email	CEP	64038420
	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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"/> RECUZO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

Caixa Econômica Federal \_\_\_\_\_

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

3389 1005 024506-10

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

7/5/2012

Teresina, 25 de Maio de 2012

RECEBIDO

Alba Bezerra Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AUTO-ATENDIMENTO - AB: AREOLINO DE ABREU  
DATA: 04/04/2018 HORA: 15:46:36  
TERMINAL: 20041026 CONTROLE: 200410260611  
-----  
AGÊNCIA: 3389 - DIRCEU ARCOVERDE  
CONTA : 001.00024906-0  
CLIENTE: ALDO BEZERRA GOMES

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO

---



## 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

Aida Bezerra Gomes

CPF da Vítima

550078663-91

Data do Acidente

23/03/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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:

Assinaria 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 Lider 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.

Teresina, 25 de Maio de 2018

Local e Data

Aida Bezerra Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

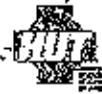
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0410001 V221/2017

**[SABERI SEGURAÇÃO S/A]**

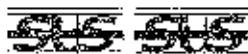
**35 MAI 2018**

**RECEBIDO**



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Witt 1820 Redençao - Fone: 36 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64007-770 CNPJ: 05.522.912/0022-02



**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

Page: 23/23/2021 04:49:23

**NAME: ROSE FLANE**

189. 2. 2020

<u>Nome:</u> ALDO BEZERRA GOMES		<u>Frontuário:</u> 471562
<u>Mae:</u> MARIA JOSE GOMES		<u>Pai:</u> JOSE BEZERRA GOMES
<u>End. Resid.:</u> QUADRA 323 CASA 01 - DIRceu ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 14/04/1974	<u>Idade:</u> 43a:11m:9d	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> REGILDA CAMPELO		<u>CNS:</u>
<u>Profissão:</u> AG PORTARIA		<u>CPF:</u> 390.079.663-91 * <u>RG:</u> -
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 656635	<u>Data:</u> 23/03/2018 09:46:44	<u>Condução:</u> LEGITIMACIA DO SIMC
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid. Trab.:</u> Sim	<u>Projeto?:</u> Sim	<u>Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> 9299

### ADOS CLÍNICOS:

Reprez. accidente de tránsito con tránsito

SAREMI SESI UNICURSUS S/A	
S. L. M. U. S. A.	
RECEBIDO	
PA _____ mmHg	Pulso: _____
FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: Fracne Tarsalgia E + radio distal D	
Cita: 5.8.2.6	

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ix torough E

for antebreast  
at 1000 hrs 13. Jan.

*Interv. fore / Interv. with corrugated*

RAIO-X REALIZADO

5525

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	
	<input type="checkbox"/> P. Pedião		
		<u>DATA SAÍDA:</u> / / _____	<u>HORA:</u> : : _____
<u>ÓBITO:</u>	<u>DESTINO:</u>		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<u>Proced. Solicitado:</u> <u>04/50/0012</u>
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>CID Compatível:</u> _____
		<u>Prof. Solicitante</u> Internação:	

Assinutre Recibo de Sucesso

Dr. Ferdinand Freitas  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Olho, Mão e Cotovelo  
CRM-P1 3096 - Técnico Natural