



Número: **0807901-78.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **25/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

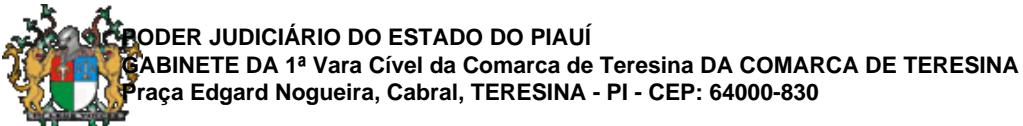
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA (AUTOR)	ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
90444 17	30/03/2020 16:39	<u>Citação</u>	Citação
89933 94	30/03/2020 10:25	<u>Despacho</u>	Despacho
89827 68	25/03/2020 17:49	<u>Certidão</u>	Certidão
89660 03	25/03/2020 00:14	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
89660 04	25/03/2020 00:14	<u>INICIAL</u>	Petição
89660 05	25/03/2020 00:14	<u>RG, CPF, END, PEDIDO SEGURO E BO</u>	Documentos
89660 06	25/03/2020 00:14	<u>15232929</u>	Comprovante
89660 08	25/03/2020 00:14	<u>PRONTUÁRIO MÉDICO E LAUDOS</u>	Documentos
89671 18	25/03/2020 00:14	<u>DECLARAÇÃO</u>	Documentos
89671 19	25/03/2020 00:14	<u>PROCURAÇÃO</u>	Documentos



PROCESSO Nº: 0807901-78.2020.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro]

AUTOR: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

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

CITAÇÃO VIA SISTEMA

Ao Senhor

REU: **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, CNPJ. 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, 75, 5º andar, Centro Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205

Comunico-lhe que tramita nesta **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina** a Ação PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) (Processo n.o 0807901-78.2020.8.18.0140) que tem como requerente AUTOR: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA e como requerido REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. É, pois, a presente para **CITAR**, por meio de Vossa Senhoria, REU: **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, para querendo, apresentar contestação na forma do art. 335, CPC, com a advertência do dever de manifestar-se precisamente sobre as alegações de fato constantes da petição inicial, presumindo-se verdadeiras as não impugnadas, conforme art. 341, CPC.

Segue as cópias da Petição Inicial e Despacho, para conhecimento e providências.

TERESINA-PI, 30 de março de 2020.

LUCIRENE HOLANDA RODRIGUES
Secretaria da 1ª Vara Cível da Comarca de Teresina



Assinado eletronicamente por: LUCIRENE HOLANDA RODRIGUES - 30/03/2020 16:39:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003301639302220000008633856>
Número do documento: 2003301639302220000008633856

Num. 9044417 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
1ª Vara Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA
Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

PROCESSO Nº: 0807901-78.2020.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro]

AUTOR: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

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

DESPACHO

Vistos.

A *priori*, repto satisfeitos os requisitos da petição inicial.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita, na forma do art. 98, CPC.

De forma a adequar o procedimento à necessidade do conflito, conferindo maior efetividade à tutela do direito, nos termos do art. 139, VI, deixo para designar audiência de conciliação após a apresentação da contestação.

CITE-SE o requerido, via postal, para apresentar contestação na forma do art. 335, CPC, com a advertência do dever de manifestar-se precisamente sobre as alegações de fato constantes da petição inicial, presumindo-se verdadeiras as não impugnadas, conforme art. 341, CPC.

TERESINA-PI, 27 de março de 2020.

Juiz(a) de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de Teresina





Poder Judiciário do Estado do Piauí
Gabinete da 1ª Vara Cível da Comarca de Teresina DA COMARCA DE TERESINA
Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

PROCESSO Nº: 0807901-78.2020.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro]

AUTOR: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

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

Certidão de Triagem

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

TERESINA-PI, 25 de março de 2020.

GERMANO GOMES FELIX
Secretaria da 1ª Vara Cível da Comarca de Teresina



Assinado eletronicamente por: GERMANO GOMES FELIX - 25/03/2020 17:49:07
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003251749045150000008575246>
Número do documento: 2003251749045150000008575246

Num. 8982768 - Pág. 1

INICIAL ANEXA.



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 25/03/2020 00:13:07
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003250013082740000008559092>
Número do documento: 2003250013082740000008559092

Num. 8966003 - Pág. 1



CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, RG nº 2.746.097 SSP-PI, CPF Nº 023.621.221-40, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado no Conjunto Res. Nova Alegria I, Casa: 22, Quadra: BN, Barro: Parque Sul, CEP: 64.028-425, Teresina-PI, por seu advogado constituído nos termos do inclusivo instrumento de mandato (doc. 01) e ao final assinado, com escritório profissional na Rua Eliseu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI, CEP: 64000-120, vem respeitosamente à honrosa presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, CNPJ. 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, 75, 5º andar, Centro Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que abaixo expõe:



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 25/03/2020 00:13:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032500130841100000008559093>
Número do documento: 20032500130841100000008559093

Num. 8966004 - Pág. 1



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

1 – PRELIMINARMENTE

1.1 - Benefícios da justiça gratuita (CPC, art. 98, caput)

A parte requerente é pobre e não tem condições de arcar com as despesas do processo, uma vez que são insuficientes seus recursos financeiros para pagar todas as despesas processuais, conforme declaração em anexo.

Destarte, o Demandante ora formula pleito de gratuidade da justiça, o que faz por seu patrono, sob a égide do art. 99, § 4º c/c 105, in fine, ambos do CPC.

1.2 - Quanto à audiência de conciliação (CPC, art. 319, inc. VII)

A parte Requerente opta pela não realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII), razão qual requer de imediato a designação de perícia médica a fim de se provar a quantificação das lesões do requerente.

2 – DOS FATOS

No dia 11 de agosto de 2019 por volta das 07:40 horas, quando conduzia veículo automotor pela Av. Manoel Aires Neto e um cachorro atravessou em sua frente, fazendo-o perder o controle e cair, sofrendo várias lesões, sendo socorrido por popular e encaminhado para o HUT, conforme prontuário médico e laudos em anexo.

Em decorrência do mencionado acidente, teve vários traumas físicos que são facilmente comprovados pelos documentos acostados aos autos, estando permanentemente inválido.

O requerente optou pela via administrativa e pleiteou o pagamento do seguro pela seguradora requerida, mas esta somente



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 25/03/2020 00:13:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032500130841100000008559093>
Número do documento: 20032500130841100000008559093

Num. 8966004 - Pág. 2



ALEXANDRE RAMON ADVOCACIA ESPECIALIZADA

pagou o valor R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), uma vez que o laudo do HUT atesta que houve sequela permanente, razão pela qual vem a este juízo pleitear o pagamento valores que lhe são devidos.

Haja vista que o Laudo do HUT atesta:

- a) Fratura acrômio-clavicular

Assim, estando o requerente inválido, o pagamento do seguro é medida que se impõe.

3 – DO DIREITO

3.1 – Da Legislação

Na legislação, temos os seguintes artigos que amparam o direito do Requerente:

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.



Art. 5º, da lei 6.194/74:

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 25/03/2020 00:13:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032500130841100000008559093>
Número do documento: 20032500130841100000008559093

Num. 8966004 - Pág. 3



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

"O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida nesse artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos:

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.

§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à sociedade seguradora, mediante recibo, que os especificará".

Na jurisprudência, o sentido não é diferente:

"Acidente de trânsito - DPVAT - Veículo não identificado – Responsabilidade Ação de cobrança - Seguro obrigatório - DPVAT - Pagamento do prêmio - Comprovação - Desnecessidade - Documentos necessários - Seguro obrigatório. Veículo não identificado. Acidente anterior à modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92. Responsabilidade de qualquer seguradora - Fixação em salário mínimo - Possibilidade - Não revogação do art 3º da Lei nº 6.194/74, recepcionada pela Carta da República - Sentença que condena seguradora a pagar a indenização - Validade - Cobrança procedente - Recurso não provido. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização em virtude do seguro obrigatório, pouco importando que o veículo esteja a descoberto, eis que a responsabilidade em tal caso decorre do próprio sistema legal de proteção, ainda que esteja o veículo identificado tanto que a lei comanda que a seguradora que comprovar o pagamento da indenização pode haver do



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 25/03/2020 00:13:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032500130841100000008559093>
Número do documento: 20032500130841100000008559093

Num. 8966004 - Pág. 4



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

responsável o que efetivamente pagou. Norma que visa proteger o segurado ou beneficiário hipossuficiente na relação contratual, o valor devido é aquele previsto no art. 3º, da Lei nº 6.194/74, que não foi revogada pela Lei nº 6.205/75 e Lei nº 6.243/77, sendo a lei ordinária primitiva recepcionada pela Constituição Federal de 1988. A fixação da indenização em salários mínimos não constitui violação à norma constitucional, haja vista que não pode ser interpretado como fator de correção e sim base do quantum a ser indenizado. A indenização devida à pessoa vitimada decorrente do chamado Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), se não identificado o veículo pode ser cobrado de qualquer seguradora que opere no complexo, mesmo tendo ocorrido a modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92 e antes da formação do consórcio de seguradoras". (1ª Turma Recursal de Divinópolis - Rec. nº 223.04.140706-3 - Juiz José Maria dos Reis)."

Assim, em face o valor irrisório pago pela seguradora requerida, é que se requer a complementação do valor devido por ser medida de Justiça.

4 – DO PEDIDO

Por todo o exposto, tendo o Requerente demonstrado o dano, tem seu direito respaldado na legislação vigente, bem como na doutrina e na jurisprudência de nossos Egrégios Tribunais.

Assim, requer a **citação da Requerida** na pessoa do seu representante legal, no endereço declinado na inicial, para que se quiser, apresente defesa, sob pena de revelia.

A parte Requerente opta pela não realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII), razão qual requer de imediato a designação de perícia médica a fim de se provar a quantificação das lesões do requerente.



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 25/03/2020 00:13:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032500130841100000008559093>
Número do documento: 20032500130841100000008559093

Num. 8966004 - Pág. 5



ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

Requer que a presente demanda seja julgada **PROCEDENTE**, com a condenação da Requerida no pagamento do valor devido, ou seja, R\$ 11.812,50 (Onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), atualizadas, com juros legais, mais custas judiciais e honorários de advogado na base de 20% sobre a condenação.

Requer provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente pelo depoimento pessoal do Requerido, juntada de documentos, oitiva de testemunhas, realização de perícia e demais provas necessárias.

Requer os benefícios da justiça gratuita, por ser o requerente pobre na forma da Lei e não ter condições de arcar com as custas e demais despesas processuais.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 11.812,50 (Onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Teresina-PI, 22 de março de 2020.

Alexandre Ramon de Freitas Melo

OAB/PI 5.795

Simone Sousa Marciel

Estagiário



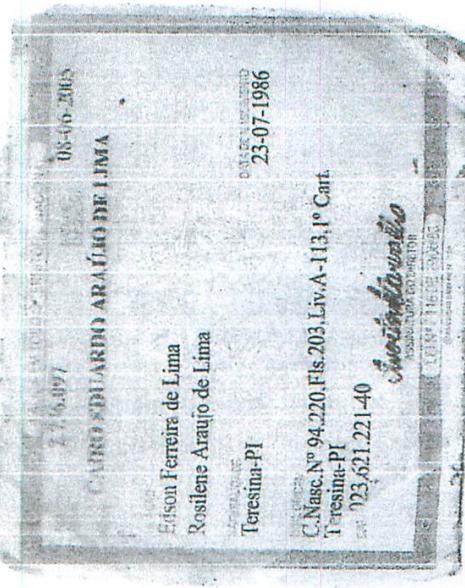
Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 25/03/2020 00:13:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032500130841100000008559093>
Número do documento: 20032500130841100000008559093

Num. 8966004 - Pág. 6

Protocolos





HOME / ENDEREÇO		CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA	
MORADOR: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA			
CON RESID NOVA ALEGRIA 10--BN-CASA--022-PARQUE SUL-TERESINA-PI-cep:64028425			
LOCALIZAÇÃO	GRUPO	NÚMERO DO HIDRÔMETRO	
010-00036-001930	010	A10X135439	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
MÊS / ANO	TIPO	UDO	FATURADO
07/2019	Lído	03	10
08/2019	Lído	09	10
09/2019	Lído	07	10
10/2019	Lído	08	10
11/2019	Lído	05	10
12/2019	Lído	09	10
ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA			
1 Residencial - Normal			
DATA		LEITURA	
ANTERIOR 15/07/2019		638	
ATUAL 14/08/2019		644	
CONSUMO MÊS M3			
10		REF ID: T2-74100014 PIS: PASEP31-3041-65N * 0,51 COFINS: 71-1047, AIRR: 0,37	
TABELA DE TARIFAS			
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)			
0	10	3,4560	90
10	25	5,7120	80
25	999999	9,8610	80
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DA FATURA			
VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66		REF.	VALOR
Residencial-Normal		10_0.m3	30,66
JUROS POR ATRASO		07/2019	0,04
MULTA POR ATRASO		07/2019	0,60
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)			
VENCIMENTO 26/08/2019			
TOTAL A PAGAR 31,30			

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MEMORANDUM
SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDROMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342-1234 DO M.S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉS	VALOR PERMITIDO
CLOCO LINHE	561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
pH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURÍDIZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1027	1025	2	Ausencia	Ausente
	1027	-1027	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 14/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:08



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 25/03/2020 00:13:12
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003250013107520000008559094>
Número do documento: 2003250013107520000008559094

Nº 8966005 - Pág. 2



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011527/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/11/2019 13:58 Data/Hora Fim: 25/11/2019 14:09
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 11/08/2019 07:40

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: av manoel aires neto

Bairro: Parque Sul

Tipo do Local: Via Pública

Meio(s) Empregado(s)

Natureza
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 23/07/1986

Profissão: Motoboy

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Rosilene Araujo de Lima

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: quadra bn, casa 22

Complemento: residencial nova alegria

Bairro: parque sul

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição moto

CPF/CNPJ do Proprietário 033.581.113-26

Placa ODY7242

Renavam 00455087393

Número do Motor JC41E1C506121

Número do Chassi 9C2JC4110CR506121

Ano/Modelo Fabricação 2012/2012

Cor PRETA

UF Veículo Piauí

Município Veículo Teresina

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS

Modelo HONDA/CG 125 FAN KS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 06/03/2012

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Envolvimentos

Nome Envolvido

Possuidor

Cairo Eduardo Araujo de Lima



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 25/11/2019 14:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 25/03/2020 00:13:12
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003250013107520000008559094>
Número do documento: 2003250013107520000008559094

Num. 8966005 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

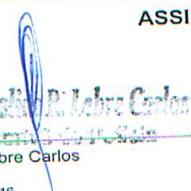
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011527/2019

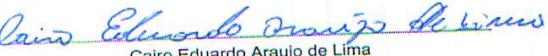
RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima que conduzia a Moto e endereço citado, quando trafegava na citada avenida, quando um cachorro passou na frente de sua moto, onde o mesmo perdeu o controle e caiu, lesionado foi socorrido por maria do Amparo Oliveira Morais, encaminhado para a Upa do Promorar, posteriormente para o HUT, prontuário 98672, declarações da vítima.

ASSINATURAS


Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

escrivão
Matrícula 0097616
Responsável pelo Atendimento


Cairo Eduardo Araújo de Lima

(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderrei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
023.621.221-40 CAIKO GOUAKOO ARAUJO DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> CAIKO GOUAKOO ARAUJO DE LIMA.	6 - CPF: <input type="text"/> 023.621.221-40		
7 - Profissão: <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO-ME	8 - Endereço: <input type="text"/> CON RESID. NOVA ALEGRIA 0 BN	9 - Número: <input type="text"/> 22	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> PAEUS SUL	12 - Cidade: <input type="text"/> TEXESINA	13 - Estado: <input type="text"/> PR	14 - CEP: <input type="text"/> 64028-425
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> 8698844 14916

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____
AGÊNCIA: <input type="text"/> 1989 <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="text"/> 46670 <input type="checkbox"/> 3 (Informar o dígito se existir)	<input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TEXESINA 26/01/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Caiko Eduardo Araujo de Lima

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/002/2019



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190659432 **Vítima: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA**

Data do Acidente: 11/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000046670-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

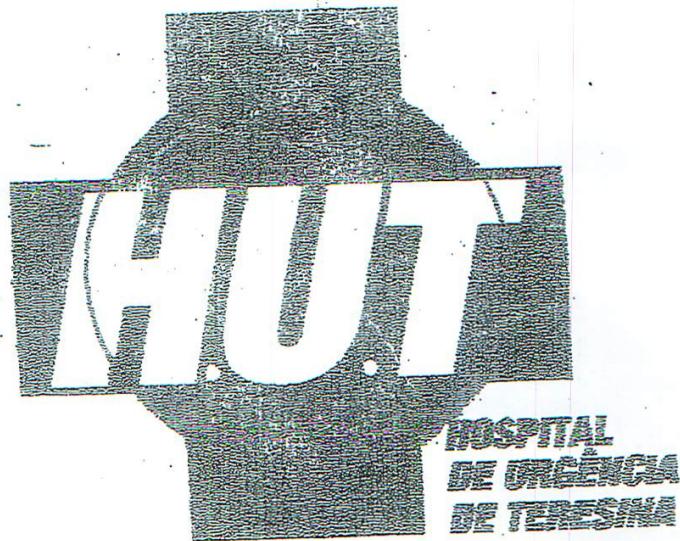
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



NOME DO PACIENTE: Cairo Eduardo Araujo de Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 98672

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

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 7550
SAME/HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA		Prontuário: 98672
Mãe: ROSILENE ARAUJO DE LIMA	Pai: EDSON FERREIRA DE LIMA	
End.Resid.: Povoado ALEGRIA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-020		
Nascimento: 23/07/1986	Idade: 33a0m19d	Sexo: Masculino Fone: 86- 8831-0486
Responsável: MARIA DO AMPARO OLIVEIRA MORAIS		CNS: 206724801280000
Profissão: ENTREGADOR	Documento: RG: 2763097 - SS DF	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 735542	Data: 11/08/2019 12:05:37	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S		
*cid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto:Não	Acid. Trab. Típico: Sim	CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Evento recente	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Verde
Breve História: queda de moto com golpe no ombro esquerdo por botijao de gas, alergico a dipirona, nega outras patologias, fez uso de paracetamol no promorar		Profissional Clas. Risco: FRANCISCO ALEXANDRE DE CARVALHO COREM 147265 PI Em: 11/08/2019 12:10:03	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)			
<i>LAC</i> <i>11/08/19</i> <i>00:00</i>			
PA X mmHg	Pulso: <i>regular</i>	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Se Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: / / .	HORA: : .	0408010185	S43A
		Procedimento	CID

<i>Kloris Edimoro</i> Assinatura Paciente ou Responsável		Dr. Hugo José Soares Ortopedia e Traumatologia CRM 3638 Coluna Vertebral Assinatura Profissional Médico
---	--	--





JDAÇÃO MUNICIPAL
ESINA - HUT

HOS
L DE URG
CIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 25/03/2020 00:13:16
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003250013145880000008559097>
Número do documento: 2003250013145880000008559097

Nº 8966008 - Pág. 3



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 12 / 08 / 19

NOME DO PACIENTE:	<i>Paulo Edmundo Araújo de Souza</i>	PRONTUÁRIO N.º:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<i>Bloqueio + sedativa</i>	N.º DA SALA: 03
CIRURGIÃO:	<i>JPT Júnior</i>	CPF N.º:
AUXILIAR:	<i>Acad.</i>	CPF N.º:
ANESTESIA:	<i>D. Ferreira Costa</i>	CPF N.º:
INSTRUMENTADORA:	<i>Salomé</i>	CPF N.º:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N.º 7,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N.º 7,0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N.º	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N.º	18	UNID.	01	<i>Preparou 20g Jul 02</i>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		30	01				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Jefferson Mendes da Mesquita</i>			
PROLENE							



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 231925
		AIH: 2219101805723
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 206724801280000	NOME DO PACIENTE CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA	NASCIMENTO 23/07/1986	SEXO M	PRONTUÁRIO 98672
DOCUMENTO CPF 8688310486	TELEFONE 8688310486	RESPONSÁVEL ROSILENE DE ARAUJO LIMA		
CEP BAIRRO POVOADO ALEGRIA	ENDEREÇO - LOGRADOURO ZONA RURAL	NUMERO / LOTE		
	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E FRATURA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
ATO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX+ EXAME FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S431 - LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408010185 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA CPF: 97876216315		
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 11/08/2019		
DATA ADMISSÃO 11/08/2019 12:05	DATA ALTA 13/08/2019 09:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARILEA DA SILVA LEAL CPF: 80417574304	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
CRM:	CRM
DATA ANALISE: 11/08/2019 15:01:18	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

*Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 1390
SAME HUT
REFERE COLO ORIGINAL*

ik

1/1



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

231925

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	244964

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA	6 - Prontuário: 98672		
7-CNS: 206724801280000	8-Nascimento: 23/07/1986	9-Sexo: Masculino	RG: 2763097 - SS DF
Mãe: ROSILENE ARAUJO DE LIMA	12-Fone: 86- 8831-0486		
13-Resp: ESPOSA-MARIA DO AMPARO OLIVEIRA MORAIS	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: Povoado ALEGRIA - ZONA RURAL - CEP: 64000-020	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-020
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE MOTO COM FRATURA

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

IO X

23-Diagnóstico Inicial:

Luxação da articulação acromioclavicular

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

S431

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULARTempo SUS
229-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solici.:
02 01 CPF 978.762.163-1533-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA 11/08/2019

21
José de Ribamar Santos Filho
Assessor de Auditoria PRCAA/FMS
CPF: 313.106.433-00
Assessoria de Contabilidade (FATIMANAILA)
Consulta Local: 735542
Consulta SUS:
Impressão: 11/08/2019 13:54:03

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico			
38-() Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: 49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

José de Ribamar Santos Filho
Assessor de Auditoria PRCAA/FMS
CPF: 313.106.433-00
Assessoria de Contabilidade (FATIMANAILA)
Consulta Local: 735542
Consulta SUS:
Impressão: 11/08/2019 13:54:03





**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

FMS

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Cairo Ederson Araújo de Lima		
Diagnóstico pré-operatório	LAC e esp		
Operação - Tipo	Tuet OR LAC		
Cirurgião	Flávio Maciel B. de S. Cont.º Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 1102	1º Assistente	
2º Assistente	CRM-PI 1102	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	12/08/2019	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
Bloqueio, rotação, cordão de piave, ongiv, cintilímetro, canos, incisão sob ort. AC, resecação, desvitalização de abdu, piavos cr 10K 2.0 3 muros, sutura por placa e enxerto			
 Flávio Maciel B. de S. Cont.º Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 1102			

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

Bloqueio, rotulação, cordão de plástico, anelamento, anelamento, cortimpresso, corpos, inchaço e solo ort. Al 7 mm de espessura, anelamento de aluminio, precos de R\$ 1.20 a 3 mil reais, inflado por placa e elástico

Joana Luisa Mendes de Almeida
Matrícula: 47330
SANTO HILARIO
CONFERENCE

Flávio Maciel B. de S. B. C.
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 1402

Mod. 76 HUT





POLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE						
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CRICULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO				
ESTADOS MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNOSTICO PRE-OPERTÓRIO					OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO AS			EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA (C°)	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL	38				SEQUÊNCIA	
ANESTESISTAS					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	X					
RESPIRAÇÃO	O					
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula 47390 SAME HUT CONFERE COM O ORIGINAL						

MOD 76 - HUT





**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVICO DE ANESTESIA**

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <i>Carina Edwards Brum</i>		Prontuário:	Data: 12108119
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade:	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <i>LBC</i>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

ANAMNESE

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1 - Patologias cardíocirculatórias | () Sim | (✗) Não |
| 2 - Patologias respiratórias | () Sim | (✗) Não |
| - Antecedentes patológicos | () Sim | (✗) Não |
| 4 - Convulsão | () Sim | (✗) Não |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico | () Sim | (✗) Não |
| 6 - Transfusão sanguínea | () Sim | (✗) Não |
| 7 - Uso de medicação | () Sim | (✗) Não |
| 9 - Alergia | (✗) Sim | (✗) Não |
| 9 - História familiar de complicações anestésicas | () Sim | (✗) Não |

DIPIRONA

EXAME FÍSICO

PA: 120x74	Pulso: 80 () arrítmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado:
2. Cardiovascular	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado:
3. Neurológico	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado:
4. Abdome	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado:
5. Vias aéreas	(<input checked="" type="checkbox"/>) Possível VAD	
6. Extremidades	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado:

EXAMES COMPLEMENTARES

HB		TP / RNI		Uréia		
HT		TTPa		Creatinina		
Plaquetas		Glicemia				
ECG:				RX Tórax		
ECO:						

ASA: I Anestesia proposta: () Geral (x) Outro: Bloq diafrág + relaxão
OBSERVAÇÃO DE CRPA:

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: CRM: Amanda Gomes Vale Avelino

CRM: Amanda Gomes Vale Avelino
ANESTESIOLOGISTA
Juani Luisa M...
Matrícula: 004.104. P. 4581.
SAME: 00000000000000000000000000000000
CONFERENCE

MOD. 076 - HU





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Caio Eduardo Brum | Sala: _____ | Alergia: Dipiridona | Data: 12/08/19
 Procedimento: _____ | Cirurgião: Dr Filólio | Observações: _____

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propanalol		100											
2 Glicurilina		25											
3 Clorotetraciclina		2											
4 Dicumarol e derivados		10											
5 Fármacos		40											
6 Oxicardíacos		4											
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volutil	%												

Acesso Vascular

- Periférico
 - Cat. Venoso nº G
 - Dificuldade aces. venoso
 - Gastos cateteres
 - Central

Via Acesso

- Cateter nasal CO2 (%)
- GT nº 6
- LMA nº

Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raqui-anestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Declínio:

SPO2 (%)	99	99	99	99	99	99
ETCO2 (mmHg)						
Aces. Venoso		500				
Aces. Venoso						
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia:

- ① Cheve lávit
- ② Identificação
- ③ Monitorização
- ④ Bloqueio periférico

Joana Luisa Mendes de Souza
Matrícula: 47390
SAMU - HUT
CONFERE COM O ORIG.

Amanda Gomes Vale RN
ANESTESEIOLOGISTA
CRM/PI 1411
Anestesiologista

Assinatura SAMU





FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TEREZÓPOLIS

PRESCRIÇÃO

MEDICA

Fundaçao Municipal
de Saúde

MÉDICO/CRM:



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE				
PREScrição MÉDICA DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<i>Jonna Luisa Nunes Matr. 2700 SAÚDE COM O ORGANIZADA</i>					
<i>CONFESSA COM O ORGANIZADA</i>					

MÉDICO/CRM:

MOD: 007 - HUT





PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Cássio Eduardo Araújo de Lima

Conferir a identificação do paciente

Conferir cirurgia agendada

() Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional

() Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário

Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga

Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa Dipirona

Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)

Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol

Retirar peças íntimas

() Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal

Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20

Verificar instalação de hidratação venosa

Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário

() Avaliar estado geral do paciente

() Fazer registro de enfermagem no prontuário

() Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado

() Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente

() Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.

() Conferir demarcação do local da cirurgia.

() Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

PA = 110/60

P = 68

Data: 9.2 de agosto de 2014

Enfermeiro responsável:

Luisa Mendes de Mesquita Alves
Luisa Mendes de Mesquita Alves
CNPJ 17.577.205/0006-02

Rua Olho Tiro, 1520, Bairro Redenção
Teresina-PI CEP 64017-775
CNPJ 17.577.205/0006-02

86 3229 - 4247

fht@teresina.pi.gov.br

*Luisa Mendes de Mesquita
Alves
SANTO
CONFIRA O ORIGINAL*





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
• Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA** (Prontuário: 98672)
Endereço: POVOADO ALEGRIA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-020
Nascimento: 23/07/1986 Idade: 33a1m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735542
Requisição: 986531 Solicitação: 11/08/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1281798 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 11/08/2019

OMBRO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Luxação acrômio-clavicular.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 09/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Jana Luisa Mendes de Mesquita
Matrial: 17390
SAMT - HUT
- 12.000.000



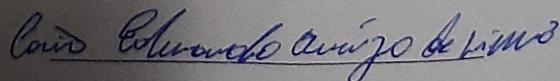
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA	FONES:
PROFISSÃO: AUTÔNOMO	ESTADO CIVIL: CASADO
RG: 2.746.097 SSP-PI	CPF: 023.621.221-40
ENDEREÇO: Conjunto Res. Nova Alegria I, Casa: 22, Quadra: BN, Barro: Parque Sul, CEP: 64.028-425, Teresina-PI	
E-MAIL:	

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina-PI, 22 de março de 2020.



DECLARANTE

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA	FONES:
PROFISSÃO: AUTÔNOMO	ESTADO CIVIL: CASADO
RG: 2.746.097 SSP-PI	CPF: 023.621.221-40
ENDEREÇO: Conjunto Res. Nova Alegria I, Casa: 22, Quadra: BN, Barro: Parque Sul, CEP: 64.028-425, Teresina-PI	
E-MAIL:	

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro – Teresina – PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, declarar situação de hipossuficiência financeira, a fim de obter gratuidade de justiça, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina-PI, 21 de março de 2020.

OUTORGANTE: Cairo Eduardo Araújo de Lima

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexanderamonaladvocacia@hotmail.com

