



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	<a href="#">Citação</a>	Citação
89933 94	30/03/2020 10:25	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
89827 68	25/03/2020 17:49	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
89660 03	25/03/2020 00:14	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
89660 04	25/03/2020 00:14	<a href="#">INICIAL</a>	Petição
89660 05	25/03/2020 00:14	<a href="#">RG, CPF, END, PEDIDO SEGURO E BO</a>	Documentos
89660 06	25/03/2020 00:14	<a href="#">15232929</a>	Comprovante
89660 08	25/03/2020 00:14	<a href="#">PRONTUÁRIO MÉDICO E LAUDOS</a>	Documentos
89671 18	25/03/2020 00:14	<a href="#">DECLARAÇÃO</a>	Documentos
89671 19	25/03/2020 00:14	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Documentos



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.

#### 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





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*, reputo 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=20032517490451500000008575246>

Número do documento: 20032517490451500000008575246



INICIAL ANEXA.





ALEXANDRE RAMON  
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

MM. JUÍZO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE TERESINA-PI

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



## **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: alexandreronadadvocacia@hotmail.com





**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: alexandreronadadvocacia@hotmail.com





**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: alexandreronadadvocacia@hotmail.com





**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: alexandreronadvocacia@hotmail.com





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**

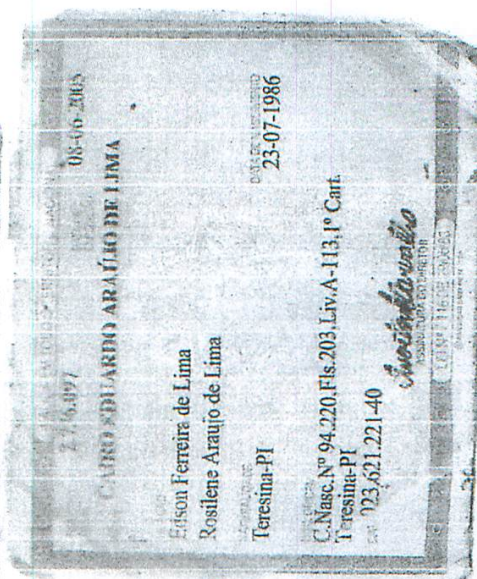


Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120  
telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreronadvocacia@hotmail.com



*Prisões*





MATRICULA 26206330-2 FATURA Nº 152566069  
MÊS / ANO 8/2019

NOME / ENDEREÇO  
MORADOR CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA  
CON RESID NOVA ALEGRIA 1,0--BN-CASA--022-PARQUE  
SUL-TERESINA-PI-cep:64028425

LOCALIZAÇÃO 010-00036-001930 GRUPO 010 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A10X135439

HISTÓRICO DE CONSUMO	DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
MÊS / ANO TIPO				1 Residencial - Normal
07/2019 L-100	03	10		
08/2019 L-100	03	10		
09/2019 L-100	07	10		
10/2019 L-100	08	10		
11/2019 L-100	05	10		
12/2019 L-100	09	10		

ANTERIOR 15/07/2019 638  
ATUAL 14/08/2019 644

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	REF.	VALOR
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R5/M3 E (m3) 0 10 3,0000 04 10 25 5,7120 04 25 999999 9,8610 60	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66 > Residencial-Normal JÚROS POR ATRASO MULTA POR ATRASO	10,0 m3 07/2019 07/2019	30,66 0,04 0,60

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R5/M3 E (m3)

VENCIMENTO 26/08/2019 TOTAL A PAGAR 31,30

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.  
SE SEU HIDRÔMETRO 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 Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/96, Art. 6º §3º inciso II.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	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
TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

#### 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 DISCONFORMIDADE	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





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA 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 manaoel aires neto

Bairro: Parque Sul

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
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	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Cairo Eduardo Araujo de Lima	Possuidor



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

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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


BOLETIM DE Ocorrência

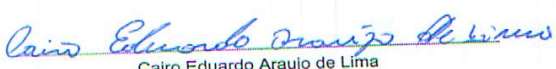
Nº: 011527/2019

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 Moraes, encaminhado para a Upa do Promorar, posteriormente para o HUT, prontuário 98672. declarações da vítima.

ASSINATURAS

  
Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
escrivão  
Matrícula 0097616  
Responsável pelo Atendimento

  
Cairo Eduardo Araujo de Lima  
(Comunicante / Vítima)

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



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

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos







## 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: 023.621.221-40 4 - Nome completo da vítima: CAIKO EDUARDO ARAÚJO 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: CAIKO EDUARDO ARAÚJO DE LIMA. 6 - CPF: 023.621.221-40  
7 - Profissão: RECUSO-ME 8 - Endereço: CON RES ID. NOVA ALEGRIAS QBN 9 - Número: 22 10 - Complemento:  
11 - Bairro: PARQUE SUL 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64028-425  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86988441496

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 466703 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vel nascto)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0002/2019



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Caio Eduardo Araújo 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  
À SUA UTILIZAÇÃO".

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 17290  
SAME HUT  
COMPARE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

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

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 11/08/2019 12:10:04

(User: ALEXANDRO IBIAPINA)

(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

DADOS CLÍNICOS: (Hora:       :       )

PA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg

Pulso: \_\_\_\_\_

FC: \_\_\_\_\_ bpm

Temp.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Journal Linda Mendonça de Mesquita*  
Nº 7390  
Série O Grande

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / / HORA: : .

D: 0408010185  
Procedimento  
CID 843.1

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Hugo José Sales  
Ortopedia e Traumatologia  
da Coluna Vertebral  
CRM 3638  
Assinatura Profissional Médico











HOS  
IL DE URG  
CIA DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA		98672	23/07/1986	33	231	EXT 1	
DATA/HORA CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
DI : 12/08/2019	LAC						
13/08/19							
1	Dieta oral livre						
2	Jeico salinizado:						
3	Keflin 1g 1am: + AD. FAZER 10ml EV 6/6h						
4	Tramadol 100 mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
6	Omeprazol 10mg + AD EV 12/12hs						
7	Cuidados gerais e sinais vitais						
	 Dr. Ricardo S. Valença CRM 33581						
	 Dr. Paulo H. Pessoa Filho CRM 3367						
	 Dr. Yuri Jivago Felix CRM 12308						
	 Dr. Jordano Conenberger CRM 3415-TEOT10029						







PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

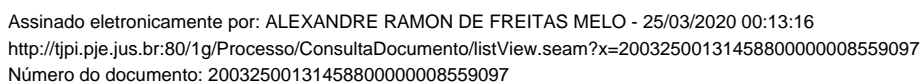
Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica

DATA 12, 08, 19

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7,0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	30		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- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 18	UNID.	01		Deposito 20ml Jul 02			
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: Celis			
PROLENE							



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

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<b>PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR E FRATURA
---

<b>CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> TTO CIRURGICO
---

<b>PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)</b> RX+ EXAME FISICO
--

<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>
-----------------------------------

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

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

<b>COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> 0408010185 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURAL LUXACAO ACROMIOCLAVICULAR
--

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA CPF: 97876216315 CRM:
--	---

<b>CARÁTER</b> URGÊNCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 11/08/2019
<b>DATA ADMISSÃO</b> 11/08/2019 12:05	<b>DATA ALTA</b> 13/08/2019 09:00
<b>MOTIVO ALTA</b> ALTA MELHORADO	

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

<b>TIPO ACIDENTE</b>	<b>CNPJ SEGURADORA</b>	<b>Nº DO BILHETE</b>	<b>SÉRIE</b>	<b>CNPJ DA EMPRESA</b>	<b>CNAE EMPRESA</b>	<b>CBOR</b>	<b>NATUREZA DA LESÃO</b>
----------------------	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	--------------------------

### AUTORIZAÇÃO

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

<b>ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:</b>
---

Joana Luísa Mendes de Vasconcelos  
Matrícula: 1990  
SAME - HUT  
NÃO EFERE COO ORIGINAL

ik

1/1







LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <b>PACIENTE VITIMA DE MOTO COM FRATURAS</b>			
21 - Condições que justificam a internação: <b>TRATAMENTO CIRURGICO</b>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <b>IO X</b>			
23-Diagnóstico Inicial: <b>Luxação da articulação acromioclavicular</b>	24-CID Prin: <b>S431</b>	25-CID Sec.: <b></b>	26-CID C.Ass.: <b></b>

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0408010185</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR</b>	Tempo SUS <b>2</b>	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b>	31-Docum.: <b>01</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>CPF 978.762.163-15</b>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA</b>	34-Data Solicitação: <b>11/08/2019</b>	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>21/08/19</b>	50-Assinatura do Conselho:
48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	51-Assinatura Paciente ou Responsável: <b>João Eduardo Oliveira de Lima</b>
52-Assinatura de Autorização - PRCA/AMMS <b>João de Almeida Santos Filho</b> Assessor de Auditoria - PRCA/AMMS CPF: 313.266.453-00 CNS: 1706000533260002		
53-Data Local: <b>735542</b> Consulta SUS: Impressão: <b>11/08/2019 13:54:03</b>		







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

**FMS**  
Fundação Municipal  
de Saúde

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Cairo Eduardo Araújo de Lima</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>LAC e esp</i>		
Operação - Tipo <i>Tret. em LAC</i>		
Cirurgião <i>Flávio Maciel B. de S. Contador</i> <i>Ortopedista e Traumatologista</i> <i>CRM-PI 3102</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>12/03/2019</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Blowup, colocação, colar de praxe, orégano,  
outro praxe, campo, incisão sobre oró.  
AC 7 membracoma, amputação de achado  
praxe ci 10K. 2.0 3 unidades, nutro por  
placa e enotico*

*pic*

*Joana Luísa Mendes de Menezes*  
*Matr. 115.273-0*  
*SUS - HUT*  
*CONF. 11/03/2019*

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

Mod. 76 HUT







# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
		1				
		2				
		3				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				
		400				
		SANGUE 300				
		200				
		OUTROS 100				
TEMPERATURA		Cº				
CÉFALO		260				
OT 3		240				
		2				
P. ARTERIAL		200				
ANESTÉSICOS		180				
O		160				
PULSO		1				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA		120				
X		100				
		80				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60				
		40				
RESPIRAÇÃO		20				
O		10				
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

Joana Luiza 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  
SERVIÇO DE ANESTESIA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Nome: <u>Carlo Eduardo Araújo</u>		Prontuário:	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		Idade:	
Peso:		Altura:	
Procedimento (s) proposto (s): <u>LAC</u>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>ANAMNESE</b>			
1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
- Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
6 - Transusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
8 - Alergia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<u>DIPIRONA</u>
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
<b>EXAME FÍSICO</b>			
PA: <u>120 x 79</u>	Pulso: <u>80</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) <input checked="" type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/>	
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:		
- 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:		
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia		
ECG:		RX Tórax	
ECO:			
ASA: <u>I</u>	Anestesia proposta: <input type="checkbox"/> Geral <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Obs. de plano + sedação</u>		
<b>OBSERVAÇÃO DE CRPA:</b>			
Anestesiologista:		CRM: <u>Amanda Gomes Vale Avelino</u>	

MOD. 076 - HU







## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Cairo Eduardo Araújo Sala: \_\_\_\_\_ Alergia: Dipirona Data: 12/08/19  
Procedimento: \_\_\_\_\_ Cirurgião: Dr. Filadelfo Observações: \_\_\_\_\_

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. Fentanil		100											
2. Clorpromazina		25											
3. Clorpromazina		2											
4. Dipirona		10											
5. Dipirona		40											
6. Dipirona		4											
7. Dipirona													
8. Dipirona													
9. Dipirona													
10. Dipirona													
11. Dipirona													
12. Dipirona													
13. Dipirona													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

## Acesso Vascular

- ☒ Periférico  
Cat. Venoso nº \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_  
☐ Dificuldade aces. venoso  
Gastos cateteres \_\_\_\_\_  
☐ Central

## Via Aérea

- ☒ Datador nasofaríngeo (2%)  
☐ IOT nº \_\_\_\_\_  
☐ LMA nº \_\_\_\_\_

## Monitorização:

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

## Anestesia:

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

## Descrição:

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

## Descrição da Anestesia:

1. Chave de  
2. Identificação  
3. Pontuação  
4. Pontuação

Joana Luisa Mendes de Araújo  
Matrícula: 47399  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIG.

Amanda Gomes Vaz R.  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM: 111111











# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**FMS**  
Fundação Municipal  
de Saúde

[illegible]

MOD: 007 - HUT



FHT  
Fundação Hospitalar  
de Teresina



Prefeitura de  
Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Cairo Eduardo Araujo 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: 12 de agosto de 2019

Enfermeiro responsável: \_\_\_\_\_

*Libiane Maria de Sousa Alves*  
Enfermeira  
CRM 169967

Rua Gêlo, nº 1520, Bairro, Redenção  
Teresina-PI, CEP 64017-775  
CNPJ 17.577.295/0008-03

86 3229 - 4247

mailto:fhf@teresina.pi.gov.br

*Joana Lúcia Mendes de Mesquita*  
Márcia de Mesquita  
SAÚDE FHT  
CONFERE COM 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

Pág: 1 de 1

## 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



Luana Luiza Mendes de Mesquita  
matrícula: 7390  
SAME - HUT  
11/08/2019





ALEXANDRE RAMON  
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: <u>CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA</u>	
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: <u>CAIRO EDUARDO ARAUJO DE LIMA</u>	
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: alexandreronadvocacia@hotmail.com

