



Número: **0800244-49.2019.8.18.0034**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Água Branca**

Última distribuição : **15/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.675,91**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA (AUTOR)</b>	<b>LEONARDO BARBOSA SOUSA (ADVOGADO) MARCOS VINICIUS MACHADO VILARINHO (ADVOGADO) RODOLFO LUIS ARAUJO DE MORAES (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10187 053	09/06/2020 22:04	<a href="#"><u>CONTESTAÇÃO</u></a>	CONTESTAÇÃO
10187 056	09/06/2020 22:04	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

## JUNTADA DE CONTESTAÇÃO E DOCUMENTOS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:56  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006092204110100000009676661>  
Número do documento: 2006092204110100000009676661

Num. 10187053 - Pág. 1



**CLÍNICA  
MACHADO**

DPVAT  
13 NOV 2018  
PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

## RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que RAIANHO  
FELIPE DE SOUSA, foi vítima de acidente  
de trânsito, tendo ocorrido em 03.09.18 às  
13:00hs, tendo sofrido forte trauma em  
MSO, causando com fratura em extremidade  
de distal do rádio e ainda fraturas no  
processo estilóide da ulna, onde foi feita  
a cirurgicamente, através de osteosíntese  
de placas parafusos e fios metálicos, complementar-  
tando com fixação cirúrgica, relata coleção se-  
quelar, fortes dores, limitação dos movi-  
mentos, com sequelas de edema e aumento  
ao processo estilóide atingindo, com  
alta definição, com compromis-  
mento funcional de 85%.

*Eugenio Machado*

09.11.2018

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2680-MA  
(86) 9 9832-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Elétrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

**Residencial Tropical Park**

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAC	3.153.190	DATA DE EXPEDIÇÃO	14/06/17
NOME	RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA		
PAIS/ACAO	FRANCESA ALVES DOIS SANTOS SOUSA WILSON MUNIZ DE SOUSA		
NATURALIDADE	ACUM BRANCA-PI		
DOC. PROVA	CERT. N.º 400 L A1 F 11V CPF EXP. N.º 000 NAPOLEÃO-PI 20/02/00 075.979.153-32 Francisco das Chagas Pinheiro Martins Assinatura do Delegado Policial Chefe 1207757		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

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



Raimundo Felipe de Sousa  
1207757

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57  
<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006092204112950000009676664>  
 Número do documento: 2006092204112950000009676664

Num. 10187056 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006092204112950000009676664>  
Número do documento: 2006092204112950000009676664

Num. 10187056 - Pág. 3

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A CNPJ: 09-248.608/0001-34	
PJ CORRETORA DE SEGUROS	
<b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b> PINº: 8923719798	
NOME/ENDEREÇO	
OCIENE NUNES DOS PRAZERES	
RUA ANTONIO NOA	CASA
GANGORRA	PT
67558062349	PLACA
00000	NIK-7075
<b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b> PI Nº: 8923719798	
NOME/ENDEREÇO	
OCIENE NUNES DOS PRAZERES	
RUA ANTONIO NOA	CASA
GANGORRA	PT
00000	PLACA
00000	NIK-7075
<b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b> EXERCÍCIO DÁTA EMISSÃO	
2010	14/01/2011
NOME/ENDEREÇO	
OCIENE NUNES DOS PRAZERES	
RUA ANTONIO NOA	CASA
GANGORRA	PT
00000	PLACA
00000	MARCA/MODELO
67558062349	CHASSI
214429040	HONDA/POP100
2010	9C2HB0210AR526510
PREMIOS TAHIR/HABO (R\$)	IOP (R\$)
000000000	PREMIO TOTAL (R\$)
<b>BILHETE DE SEGURO DPVAT S/A</b> CNPJ: 09-248.608/0001-34	
<b>Seguradora Líder dos Consórcios</b> <b>do Seguro DPVAT S/A</b>	



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180321683      **Cidade:** Barro Duro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA      **Data do acidente:** 03/04/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.  
FRATURA DO PROCESSO ESTILOIDE DA URNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180321683      **Cidade:** Barro Duro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA      **Data do acidente:** 03/04/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** F

**Resultados terapêuticos:** T

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180321683      **Cidade:** Barro Duro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA      **Data do acidente:** 03/04/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.  
FRATURA DO PROCESSO ESTILOIDE DA URNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180321683      **Cidade:** Barro Duro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA      **Data do acidente:** 03/04/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO+FRATURA DO PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO REALIZADO.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180321683      **Cidade:** Barro Duro  
**Vítima:** RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA      **Data do acidente:** 03/04/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

**Descrição do exame** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PUNHO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONADAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira

**CRM do médico:** 5058

**UF do CRM do médico:** PI

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180321683      **Cidade:** Barro Duro  
**Vítima:** RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA      **Data do acidente:** 03/04/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

**Descrição do exame** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PUNHO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONADAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira

**CRM do médico:** 5058

**UF do CRM do médico:** PI

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006092204112950000009676664>  
Número do documento: 2006092204112950000009676664

Num. 10187056 - Pág. 10

PROCURAÇÃO

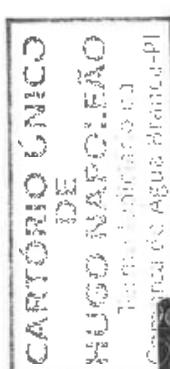
**OUTORGANTE:** Raimundo Felipe de Souza **BRASILEIRO (a) ESTADO**  
**CIVIL:** Solteiro **PROFISSÃO:** Lavrador **CRGN. E:** 3.153-190 CPF/MF  
**Nº075.971.553-32** **RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A**  
**RUA:** Projeto da Sia B - Urbano  
**CIDADE DE:** Blumenau - Santa Catarina  
**ESTADO:** Santa Catarina - CEP 64.470-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N° 849.394.433-53 E RG SOB N° 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO N°244 BAIRRO CENTRO NA CIDADE DE FLESBÃO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-PI

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Hugo Nogueira - Ramalho de filho de 20-18



## **OUTORGANTE**

*ferry*  
Mário Marques de Carvalho  
Helílio - Substituto  
João Napoleão - E



Reconheço Firma de Pai: do  
Filho de depois  
(mão de direito)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255306/18

Número do Sinistro: 3180321683

Vítima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

CPF: 075.979.553-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/04/2018

Titular do CPF: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2018  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL





Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180321683**  
Vitima: **RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA**  
Data do Acidente: **03/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321683**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13107176

Pag. 00271/00272 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030136



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006092204112950000009676664>  
Número do documento: 2006092204112950000009676664

Num. 10187056 - Pág. 13



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA  
Nº Sinistro: 3180321683  
Vitima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA  
Data do Acidente: 03/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180321683**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00757/00758 - carta\_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13168743

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

Sinistro: 3180321683  
Vítima: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA  
Data do Acidente: 03/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180321683** foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00497/00498 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13597826



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006092204112950000009676664>  
Número do documento: 2006092204112950000009676664

Num. 10187056 - Pág. 15



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

**E obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número da Silhueta no Anexo

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

075.979.553-32 : Reimundo Felipe de Souza

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

Nome completo	CPF titular da conta	Endereço
Reimundo Felipe de Souza	075.979.553-32	Laranjeira
Endereço	Número	Complemento
Rua Projeto de	517	Floriano Bitu
Cidade	Estado	CEP
Urba	Pesqui	64.470.000
E-mail	Telefone (DDD)	
Receber-se	(756) 99981-6008	

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RENDA INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
PF 0201,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPO-CAIXA (Somente os 5 dígitos do número abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRadesco (257)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> BANCO NACIONAL (041)
<input checked="" type="checkbox"/> CARTÃO DE CRÉDITO FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N°:	CONTA N°:	AGÊNCIA N°:	CONTA N°:
3827	17831 10		
(Informar dígitos se existir)		(Informar dígitos se existir)	

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

**PJ CORRETO  
DE SEGURO**

Hugo Napoleão Pe. 30 de Julho de 2018

Local e Data

13 JUL 2018

**DPVAT**

Reimundo Felipe de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Exped. 001/2001/2017

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180321683  
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Felipe de Sousa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projetada, S/N  
Centro Hugo Napoleao PI CEP: 64470-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 3153190  
Data local do acidente: [ 03/04/2018 ]  
Data local do exame: [ 27/11/2018 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSO**  
**Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO**  
**Data da Alta: 03/05/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PUNHO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONADAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 Sim       Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
 Sim       Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**LIMITACAO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO COM DOR EM PUNHO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO GRAU 3 , COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONADAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO LIMITADO A 3 CM .**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"  
VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
  - a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)	
b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.	Região Corporal (Sequela): <b>PUNHO - Lado Direito</b> % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
Região Corporal (Sequela):	Região Corporal (Sequela):	
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Freire Fonesca de Oliveira  
CRM/PI - 5058





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 216/2018

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI      Resp. pelo Registro: APC NAYRA REGIANNE SOBRAL ANDRADE  
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR      Data / Hora: 05/07/2018 - 09:55

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI      Data / Hora: 03/04/2018 - 13:00  
Município: PASSAGEM FRANCA-PI      Bairro: ZONA RURAL  
Endereço: Povoado Berlenga  
Complemento: ESTRADA DE CHÃO

#### DADOS DO INFORMANTE

Nome: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA  
Documentos: RG:3.153.190; CPF:075.979.553-32  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Naturalidade: ÁGUA BRANCA-PI  
Estado civil: solteiro(a)  
Profissão: LAVRADOR  
Nascimento: 02/02/1996  
Filiação: FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA  
Endereço: RUA PROJETADA S/N  
Complemento:  
Bairro: CENTRO  
Município: HUGO NAPOLEÃO-PI  
Telefone(s):(86)9-9518-9774

#### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- LESÃO CORPORAL ACIDENTAL NO TRÂNSITO

#### RELATO DA OCORRÊNCIA

##### Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta  
- Marca/ Modelo: HONDA/POP 100  
- Ano/Modelo: 2010/2010  
- Cor: VERMELHA  
- Placa: NIK-7075  
- Chassi: 9C2HB0210ARS26510  
- Renavam: 214429040  
- Proprietário: OCIRENE NUNES DOS PRAZERES

##### Narrativa:

O noticiante informa que na data, horário e local supracitados, estava indo em direção a cidade de Hugo Napoleão-PI, quando desequilibrou-se e caiu; QUE foi socorrido e levado para o Hospital da cidade de Água Branca-PI e deste encaminhado para o Hospital da Polícia Militar do Piauí (HPM); QUE fraturou uma costela e a mão direita; QUE foi submetido a procedimento cirúrgico; É a narrativa///.

APC NAYRA REGIANNE SOBRAL ANDRADE  
Resp. pelo Registro

RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA  
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar  
Delegado de Polícia Civil





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Raimundo Felipe de Souza CPF da Vítima 095.979.553-32 Data do Acidente 03-04-2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinatar uma das opções abaixo:

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da respectiva pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada o retorno por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DPVAT CORRETORA  
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

Raimundo da Silva de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAT-1-V11-0002/2017





GOVERNO  
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - SUPAS  
DIR. D<sup>a</sup> UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA  
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA 3/4/18 HORA: 16:37 N° DO TELEFONE: 99432-6222 99432-6222  
HOSPITAL SOLICITANTE: H.M.S.D.M. Recôncavo MUNICIPIO Águia Branca 99432-6222  
MÉDICO: Carlos Alberto CRM: 1667

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstétrica ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediatria ( ) Outro Ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Felipe de Souza

Data de Nascimento 2-2-1996 Idade: 22 anos Sexo: (x) Masculino ( ) Feminino

CPF: \_\_\_\_\_ RG: 313316 Cartão Nacional de Saúde

Município de Procedência Hugo Napoleão

HDA: pacat - forte dor no lado direito  
anterior

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

ESCALA DE GLASGOW: 15

P.J CORRETORA  
DE SEGUROS

ABERTURA OCULAR

1-Espontânea

3-Comandos

2-À dor

1-Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5-Orientado

4-Confusa

3-Palavras inapropriadas

2-Palavras incompreensíveis

1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6-Obedece a comandos

5-Localiza dor

4-Movimento da retirada

3-Flexão anormal

2-Extensão anormal

1-Nenhuma

13 JUL 2013

DPVAT

SINAIS VITAIS

Tax. \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mm PA: \_\_\_\_\_ mmHg Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venosa \_\_\_\_\_

( ) Aspiração ( ) Medicação (especificar) \_\_\_\_\_

( ) Curativo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Luis Henrique Vasconcelos F. é o 1º TEN. 2º  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM - 1  
RG: 105196193-2 Mat. 14495-9

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clínica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 1018040353545



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000017831-0

---

Nr. da Autenticação 84C968F2D9227EA5



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006092204112950000009676664>  
Número do documento: 2006092204112950000009676664

Num. 10187056 - Pág. 21



SEU CÓDIGO  
1608057-2

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.800.748/0001-39 Linha Telefônica: 19.301.382-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de imersões autorizada pela SÉFAZ/PI/PI/06

Nº da Nota Fiscal 004195117

Autorizada pelo Conselho de Energia Elétrica - TEEF por meio  
pela Lei nº 10.432 de 26 de abril de 2002

CONTA-MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	17/04/2018	31	34,08

FRANCISCA ALVES DOS S 5 50USA  
R. PROJETADA S/N RUA FRANCISCO BITU B-URBANO

CNPJ: 00021280809302

DETALHAMENTO DA CONTA		DETALHAMENTO DA LEITURA	
Data da Leitura: 06/04/2018		Data da Leitura: 04/04/2018	
Atual:	HUGO NAPOLAO	Atual:	04/04/2018
Anterior:	381	Previsao:	10/04/2018
Constante de Multiplicador:	350	Pendente Leitura:	13/03/2018
Consumo Mínimo:	1.000	Entrega:	09/05/2018
Consumo Máximo:	31	Apresentação:	09/04/2018
Consumo Atualizado:	31		10/04/2018
	31	FCAM	
CLASSIFICAÇÃO		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Ligação	Máscara/Máscara	Porte	Código Faz.
			Máscara 12/0000
DETALHAMENTO DA CONTA		PESQUISA DA CONTA	
			38
DETALHAMENTO DA CONTA		MENSAGENS IMPORTANTES / AVISOS DE VENCIMENTO	
Unidade consumidora sujeita a impostos do fornecimento de energia elétrica.			
Aviso: A leitura é realizada neste mês. O uso permanente pode ser considerado como o consumo médio do mês. Informamos que a leitura em conta é vinculada à que foi realizada. No valor da fatura, 5% é o valor histórico. Esse termo é estabelecido no pagamento feito desconsiderar esse aviso.			
"ALIQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N° 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."			
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25			
RESERVADO AO FISCO			
COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$			
Base de Cálculo:			
Discricionário:	4,92	Alíquota ICMS:	
Energik:	9,32	Valor do ICMS:	
Transmissão:	1,46	Valor do IPI:	
Encargo:	1,48	Valor do COFINS:	0,12
Tributos:			
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
8,06 16,12 32,23 4,59 9,19 18,37 4,43			
SAO PEDRO DO PIAU			
ROT: 86.412.06.84.069122			
02/2018 8,75			
Eletrobras			
Distribuição Piauí			
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ			
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI			
CNPJ: 06.800.748/0001-39 Linha Telefônica: 19.301.382-3			
83610000000 6 34080017000 3 00000001608 9 05720418008 7			
SEQ.: 00204 UC: 1608057-2 DT.LEIT.: 10/04/2018 T.ENTR.: 01			
LEITURA: 381 NORMAL TOTAL: 34,08 CARGA: 001			
DT.VENC.: 17/04/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0391			

CORRETORA  
DE SEGUROS  
13 JUL 2018  
DPVAT

TIM Celular S.A.  
Av. Príncipe da Beira, 2989 - Salão 6,  
Centro - Teresina - PI  
CNPJ: 04.206.050/0080-84 - IE: 19.455.632-8  
CNPJ da Matriz: 04.206.050/0001-80



Página 1 de 4

R\$ 124,96

VENCIMENTO

25/04/2018

EMISSÃO: 07/04/2018

POSTAGEM: 16/04/2018

NÚMERO: 3365208619

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CLIENTE: 1.51688701

ACesso: 86 99981-6008

CEP: 64000-000  
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
R 7 DE SETEMBRO 244 CS  
CENTRO  
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI



7214043716 19216 00000005572 30 160418

### IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquele viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

### RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR/A/2018

SERVIÇOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós A Plus	R\$ 109,99
<input type="checkbox"/> SERVIÇOS EVENTUAIS	R\$ 10,38
<input type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 2,68
<input type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,92

### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

#### MENSALIDADES

- vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós A Plus (867/PÓS/SMP)

5 GB de Internet

Minutos locais e DDD com: 41

TIM Music

TIM Breve Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 109,99
5GB de Internet	5GB	1,4GB	1	07/03 a 06/04	Incluído
Minutos locais e DDD com: 41	Ilimitado	171m30s	1	07/03 a 06/04	Incluído
TIM Music	-	-	1	07/03 a 06/04	Incluído
TIM Breve Virtual	-	-	1	07/03 a 06/04	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	07/03 a 06/04	Incluído
Total de Mensalidades					R\$ 109,99

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar, acesse [meustim.com.br](http://meustim.com.br), Centro de Atendimento: 1056

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

TIPO DE TIM	AUXÍLIO/TAXA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,00
MS	20%	R\$ 79,17	R\$ 23,75	PRONTIFTEL	R\$ 0,26
PRECHINA Serviço de Telefonia	2,03%				
PREOFINS Serviço Não Telecom	0,85%				
PREOCFINS Serviço Não Telecom	0,25%				
- Abatimento de LCI 12,74% (4922)					
- Descontos em FUST (3%) e FUST (2%) não são reconhecidos às tarifas					

#### Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA):

incidentes natal (Meia-Mês) adicional sobre (Plano(s)) adicional sobre (Plano(s))

Português	R\$ 75,79	SVA Total	R\$ 75,79
SVA	R\$ 34,70	SVA Correção	R\$ 34,70
Descontos!! Pronto!!	R\$ 0,00	SVA Taxação	R\$ 0,00
Descontos!! SVA	R\$ 0,00		

13 JUL 2018



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para o centro de atendimento TIM.

DPVAT

#### NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009102056429012	ABR/2018	07/04/2018	25/04/2018	R\$ 124,96

VIA BANCO

0630000001-6 74960109011-4 00336520861-4 96102056439-9

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060922041129500000009676664>  
Número do documento: 20060922041129500000009676664

Num. 10187056 - Pág. 23



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Paula de Souza Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433/53,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Felipe de Souza, inscrito  
(a) no CPF sob o N025.979.553/32, do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima  
Raimundo Felipe de Souza, inscrito (a) no CPF sob o N025.979.553/32, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Enderço	Número	Complemento
Rua Sete de Setembro	244	centro
Bairro	Estado	CEP
Renato	Piauí	64.325.000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDN)
carladrianasousa@gmail.com	(86) 99983.6008	(86) 99402.2764

Encerrei 10 de julho de 2018  
Local e Data

Adriana Paula de Souza Silva  
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 v001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006092204112950000009676664>  
Número do documento: 2006092204112950000009676664

Num. 10187056 - Pág. 24

## **Declaração do Proprietário do Veículo**

## Euclidiene Nomes des Pragres

RG nº 1673.994 data de expedição 13/03/96

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 675.580.623-49 com  
domicílio na cidade de Hugo Napoleão, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Antônio Mea, nº 57.

complemento Jungfrau, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Raimundo Felipe de Souza cujo o condutor era Raimundo Felipe de Souza.

Vénu de la moto

**Modelo:** Honda | pop 160

Modulo: 11/2010-10  
Ano: 2010 / 2010

**Placa:** NIK-3475

Chassis: QC2H80210AR52654

**Data do Acidente:** 03-04-2018

Local e Data: Núcleo Napoleão - Rj 06.07.2018

CARTÓRIO LANCE  
DE  
MUSO NAPOLEÃO

## Ocimum Nurus des prairies

**Assinatura do Declarante**

~~Ex Arsenio da Cunha~~

**Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)**



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13.01.2015

DPVAT

Reconheço Firma de Ogum  
Yunes da Proje  
Romualdo Belo  
de Souza [redacted]  
Em testem - J - da verdade  
Hugo Napoléon - PI, 06/07/2018





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE-SUPAS  
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA  
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA 3/4/18 HORA: 16:37 N° DO TELEFONE: 99422-6222 99422-6222

HOSPITAL SOLICITANTE: H.M.S.D.M. MUNICÍPIO: Aguiar - BAIRRO

MÉDICO: Carlos Alberto CRM: 1669

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstétrica ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediatra ( ) Outro: ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Felipe de Souza

Data de Nascimento: 2-2-1996 Idade: 22 anos Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

CPF: \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde: R6-3122-11

Município de Procedência: Guia Nápolis

HDA: pacto - ferir dentes de molar da perna

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

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR: 4-Spontânea RESPOSTA VERBAL: Orientado RESPOSTA MOTORA: Obedeça a comandos

3-Comandos: 4-Confusa 6-Localiza dor

2-À dor: 3-Palavras Inapropriadas 4-Movimento de retirada

1-Nenhuma: 2-Palavras Incompreensíveis 3-Flexão anormal

1-Nenhuma: 1-Nenhuma 2-Extensão anormal

1-Nenhuma: 1-Nenhuma

FJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 JUL 2013

DPVAT

SINAIS VITais

Tax: \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mm PA: \_\_\_\_\_ mmHg Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxiégencio ( ) Hidratação Venosa

( ) Aspiração ( ) Medicação (especificar)

( ) Curativo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Luis Henrique Vasconcelos Fries 1º TEN.<sup>o</sup>  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM  
RG: 105198193-2 Mat. 34495-9

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO: HPM

Hospital: \_\_\_\_\_

Clínica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 2018040353595





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



NOME DO PACIENTE: Raimundo Felipe de Souza  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 366.008/18.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

J CORRETORA  
DE SEGUROS  
13 JUL 2012  
DPVAT  
Selos do Agente Fisca  
Luis Henrique Vazquez da Silva 1º Int. PM  
Chefe do Atendimento da HPM PI  
RIC: 105198193-2 Mat. 10199-6

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."



HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 – Bairro Ilhotas – Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 65348
	AIB: 2218100198248

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRceu ARCOVERDE - HPM	2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRceu ARCOVERDE - HPM	2323451

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
20023937390018	RAIMONDO PELÍM DE SOUSA	02/02/1996	356208	M
DOCUMENTO RG	DOCUMENTO TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
3133190	8632991121	FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA	FRANCISCO MARCIEL NUNES DE SOUSA	
CEP 64470006	ENDEREÇO (LOGRADOURO) CONJUNTO CAMILO FERREIRA		NUMERO / LOTE 70	
BAIRRO GANGORRA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO IIUGO NAPOLEÃO	UF PI	

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Descrição do procedimento principal	Cód. procedimento principal
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA UNICA DO RÁDIO DA URNA	0408020431

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Descrição do procedimento solicitado - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA UNICA DO RÁDIO DA URNA	0408020431		
Descrição do procedimento solicitado - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSICA DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	0408020467		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	S525		

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PJ CORRE  
DE SEGUR

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO, NECESSITA TTO CIRÚRGICO.

13 JUL 2018

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
JOVANNI JOSE DE LIMA E SILVA	
CNS SOLICITANTE 12348974250006	DATA SOLICITAÇÃO 16/04/2018

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
TANIA MOREIRA AREA LEAU	
CNS AUTORIZADOR 20155039529003	ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO 06/04/2018 16:48:55

Leandro Ponce Leal  
Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Diretor Técnico do HPMPI  
CRM-PI 260B

Luis Henrique dos Santos h. 1º TEC 5º  
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI  
RG: 1051987932 Mat: 144369

lank





Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2 - CNES	2323451	Mendanha
3 - Nome do estabelecimento executante:	HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES	2323451	622619

## Identificação do Paciente

5 - Nome:	RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA				6 - Prontuário:	366208
7 - CNS:	700806491085887	8 - Nascimento:	02/02/1986	9 - Sexo:	M	CPF:
11 - Mãe:	FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA	12 - Fone:	86-8.96052701	14 - Cor:	PARDA	
13 - Resp:	FRANCISCO MARCIEL NUNES DE SOUSA	15 - Endor:	RUA ANTONIO NOA 1020 CENTRO	19 - CEP:	64470-000	
16 - Munic:	HUGO NAPOLEAO	17 - Cod. IBGE:	220480	18 - UF:	PI	RG:

## Justificativas da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Son e desmaio de vez em quando.  
acel para a l*

21 - Condições que justificam a Internação:

*desmaio de vez em quando.*

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):

*Luis Henrique Mendanha 25º TEN E  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM-1  
RG: 1061981932 Mat 144056*

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cld. Princ.:

25 - Cld. Sec.:

26 - Cld. C. Ass.:

*Não feito*

## Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: *consultar se existe risco de vida* Temporada:

29 - Clínica: 30 - Carater: Ident.: 31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.

POSTO II 02 1 CPF 65285395491

33 - Nome Profissional / Assistente:  
EDMAR DE SOUSA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:  
06/04/2019

*Wit. 1º TEN E  
DR. GILBERTO VASCONCELOS*

*CBM 1729 / MED 525*

*35 - Assinatura Padrão ou Responsável:*

## Preencher em caso de Chusas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - CEP:	43 - CNPJ:	44 - CPF:
37 - <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Típico.	40 - CNPJ Empresa:	43 - UNAE:	44 - CNPJ:	45 - CEP:
38 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Extrajato.		46 - UNAE:	47 - CNPJ:	48 - CEP:

46 - Vínculo com a Previdência. ( Empregado) ( Empregador) ( Autônomo) ( Desempregado) ( Aposentado) ( Não Segurado)

## Autorização

49 - Nome do Profissional Autorizado:	50 - Data Autorização:
51 - Documento:	52 - Nome Documento:

51 - Assinatura Padrão ou Responsável:

*Edmar Soares Coutinho  
Consultor Legal  
Consultor SEUS  
CPF: 65285395491  
Impresso: 10/04/2019*



**Polícia Militar do Piauí**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		06/04/2018
SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	Nome: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA		Pronto: 256208
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 02/02/1906 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 6222819	Enfermaria: POSTO II	ENF 207 LEITO Leito 207
CLÍNICA		Pet:		
Médico Assistente		MBe: FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA		
Permanência		RG: 3153160		
CLÍNICA		Residência:		
		RUA ANTONIO NOA Nr: 1020 Cep: 64470460	Dsckro: CENTRO Cidade: HUGO NAPOLEÃO Telefone: 86 - 995662701	

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido

*Doen e elevado deixa  
ponto Dr*

DIAGNÓSTICO			
Provável:	CID		
Principal:	CID		
Procedimento:	CID		
Sintomas e Sinais Principais:	Causa Médica	Histórico Hospitalar	
		<i>Luis Henrique Vasconcelos Ribeiro TEN Chefe do Arquivo Técnico do HPM-1 RG: 105198193-2 Mat. 16495-1</i>	

TRATAMENTO			
Type	Terapêutica Médica	Operação	Exames
<input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico			<input type="checkbox"/> Prescrição <input type="checkbox"/> Radiografia <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Medicos Cirurgicos
DURAÇÃO			
Data/Hora de Internação 06/04/2018, 15:47:49	Data da Alta <i>11/04/2018</i>	Data da Desmobilização	
ALTA			
Saída	Transferência	Óbito	
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem que o paciente estivesse agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em internamento	

*ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA*  
*CRG 1729 / TEOL 5285*

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"  
 Av. Higino Corrêa, 1042 - Fone (86) 3216-1260 - Fax (86) 3216-1620  
 CEP: 64014-090 - Teresina - PI CNPJ: 07.464.169/0002-26 - CMC: 035.372-6



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 11/01/2011  
Nº DO PRONTUÁRIO 356165-5  
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

Rafe em SI de Slop  
asepsia paracote  
autosepsie / campo  
lavado / desseco  
relevo / fixado  
sutura curva  
falso suture  
refixação paracote

Luis Henrique Alves Gonçalves Faria 1º TEC.  
OTÓLOGO 4 - TRAUMATOLOGIA  
CRF 1729 / 12075285

Luis Henrique Alves Gonçalves Faria 1º TEC.  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM - 1  
RG: 105198193-2 Mat. 16-195

Cirurgia:

*Reparo fese ssdo dente*

Cirurgião:

*Giovane*

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: *Bunaldo*

Circulante:

*Antonia Erlene Dias*  
Técnico em Enfermagem  
COREN-PI 922.628



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRETOR ARCOVERDE

DATA: 11/04/2018  
Nº DO PRONTUÁRIO: 352085 SALA C-X  
CÓD DA CIRURGIA:

BOLETIM DE ANESTESIA

IN 02/02/16

DONO: *Caio Henrique* Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ASA: \_\_\_\_\_  
PUNICIMENTO: *Intubado* Até Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
DEPÓSITO: *Caio Henrique* AUX: *Intubado* ANEST: *Pethpe* ANESTESIA: *Breque*  
PESO: \_\_\_\_\_ CIRCO: *Entone* INÍCIO: \_\_\_\_\_ P.M.: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_  
ALTURA: \_\_\_\_\_ VESO: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Creatina: \_\_\_\_\_ Respir: \_\_\_\_\_

EXPRESSO	SEQUÊNCIA
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	
101	
102	
103	
104	
105	
106	
107	
108	
109	
110	
111	
112	
113	
114	
115	
116	
117	
118	
119	
120	
121	
122	
123	
124	
125	
126	
127	
128	
129	
130	
131	
132	
133	
134	
135	
136	
137	
138	
139	
140	
141	
142	
143	
144	
145	
146	
147	
148	
149	
150	
151	
152	
153	
154	
155	
156	
157	
158	
159	
160	
161	
162	
163	
164	
165	
166	
167	
168	
169	
170	
171	
172	
173	
174	
175	
176	
177	
178	
179	
180	
181	
182	
183	
184	
185	
186	
187	
188	
189	
190	
191	
192	
193	
194	
195	
196	
197	
198	
199	
200	
201	
202	
203	
204	
205	
206	
207	
208	
209	
210	
211	
212	
213	
214	
215	
216	
217	
218	
219	
220	
221	
222	
223	
224	
225	
226	
227	
228	
229	
230	
231	
232	
233	
234	
235	
236	
237	
238	
239	
240	
241	
242	
243	
244	
245	
246	
247	
248	
249	
250	
251	
252	
253	
254	
255	
256	
257	
258	
259	
260	
261	
262	
263	
264	
265	
266	
267	
268	
269	
270	
271	
272	
273	
274	
275	
276	
277	
278	
279	
280	
281	
282	
283	
284	
285	
286	
287	
288	
289	
290	
291	
292	
293	
294	
295	
296	
297	
298	
299	
300	
301	
302	
303	
304	
305	
306	
307	
308	
309	
310	
311	
312	
313	
314	
315	
316	
317	
318	
319	
320	
321	
322	
323	
324	
325	
326	
327	
328	
329	
330	
331	
332	
333	
334	
335	
336	
337	
338	
339	
340	
341	
342	
343	
344	
345	
346	
347	
348	
349	
350	
351	
352	
353	
354	
355	
356	
357	
358	
359	
360	
361	
362	
363	
364	
365	
366	
367	
368	
369	
370	
371	
372	
373	
374	
375	
376	
377	
378	
379	
380	
381	
382	
383	
384	
385	
386	
387	
388	
389	
390	
391	
392	
393	
394	
395	
396	
397	
398	
399	
400	
401	
402	
403	
404	
405	
406	
407	
408	
409	
410	
411	
412	
413	
414	
415	
416	
417	
418	
419	
420	
421	
422	
423	
424	
425	
426	
427	
428	
429	
430	
431	
432	
433	
434	
435	
436	
437	
438	
439	
440	
441	
442	
443	
444	
445	
446	
447	
448	
449	
450	
451	
452	
453	
454	
455	
456	
457	
458	
459	
460	
461	
462	
463	
464	
465	
466	
467	
468	
469	
470	
471	
472	
473	
474	
475	
476	
477	
478	
479	
480	
481	
482	
483	
484	
485	
486	
487	
488	
489	
490	
491	
492	
493	
494	
495	
496	
497	
498	
499	
500	
501	
502	
503	
504	
505	
506	
507	
508	
509	
510	
511	
512	
513	
514	
515	
516	
517	
518	
519	
520	
521	
522	
523	
524	
525	
526	
527	
528	
529	
530	
531	
532	
533	
534	
535	
536	
537	
538	
539	
540	
541	
542	
543	
544	
545	
546	
547	
548	
549	
550	
551	
552	
553	
554	
555	
556	
557	
558	
559	
560	
561	
562	
563	
564	
565	
566	
567	
568	
569	
570	
571	
572	
573	
574	
575	
576	
577	
578	
579	
580	
581	
582	
583	
584	
585	
586	
587	
588	
589	
590	
591	
592	
593	
594	
595	
596	
597	
598	
599	
600	
601	
602	
603	
604	
605	
606	
607	
608	
609	
610	
611	
612	
613	
614	
615	
616	
617	
618	
619	
620	
621	
622	
623	
624	
625	
626	
627	
628	
629	
630	
631	
632	
633	
634	
635	

23/04/2018

laudo.digitalrad.com.br/firmalaudoprime.asp?yopcao=L&yla\_cdla=96202&ypa\_cdpac=31774&yla\_sqla=43289&ylb\_situa=TG,3/38,7/2,1/1



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 96202

NOME.....: RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA

MÉDICO SOLIC: GIOVANNI JOSE DE LIMA E SILVA

DATA LAUDO...: 19/04/2018

CONVÊNIO: INTERNO

**DATA REALIZ:** 12/04/2018

**IDADE:** 22 anos

**CRM:** 1729-PI

**CÓDIGO:** 31774

**RX PUNHO DIREITO**

O estudo radiológico do punho direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura na extremidade distal do rádio fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fratura no processo estilóide da ulna.
- Tala gessada.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Controle ortopédico.**

*Ivan Fontenele Gomes*

**IVAN FONTENELE GOMES**

CRM-2426-PI

*Lulu Mendes Macêdo Reis 1º Técn. RJ*  
Chefe do Atendimento Técnico do HPM  
RG 168108103-2 Mat. 14495-6

Av. Higino Cunha, 1642 – Inhotim – Teresina/PI  
CEP 64014-220 CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6266  
Fax: (86) 3215-1520

laudo.digitalrad.com.br/firmalaudoprime.asp?yopcao=L&yla\_cdla=96202&ypa\_cdpac=31774&yla\_sqla=43289&ylb\_situa=TG,3/38,7/2,1/1



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**PEDIDO:** 95596  
**PACIENTE:** RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA  
**NOME DA MÃE:** FRANCISCA ALVES DOS SANTOS SOUSA  
**DATA DO NASCIMENTO:** 02/02/1996  
**MÉDICO SOLICITANTE:** CRM  
**DATA DA REALIZAÇÃO:** 06/04/2018  
**DATA DO LAUDO:** 16/04/2018  
**CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Fratura na metáfise distal do rádio, completa, desalinhada, com desvio anterior da porção distal

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.

*[Signature]*  
Luis Henrique Vasconcelos N.º 7º TÉN.  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM  
RG: 105198193-2 Mat: 14495-2

*[Signature]*  
4964 Impres. 100  
CRM-P 0/6

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM 3326

Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas – Teresina/PI  
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.169/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3215-1520



Gesso  
Exame: 07/04/2018 hora: 09:23



WC-298  
WW-499

HPMPI  
RABINHO FELIPE DE SOUZA  
Idade: 022  
Sexo: M



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006092204112950000009676664>  
Número do documento: 2006092204112950000009676664

Num. 10187056 - Pág. 36



RAIMUNDO FELIPE DE SOUSA D.N. 02/01/1996



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/06/2020 22:04:57  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060922041129500000009676664>  
Número do documento: 20060922041129500000009676664

Num. 10187056 - Pág. 37