



Número: **0800419-03.2020.8.18.0036**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Altos**

Última distribuição : **26/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10329 650	18/06/2020 12:18	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



NOME DO PACIENTE: Francisco Liodoro da Silva Júnior  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 519941

**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".



**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 16/08/2019 15:16:51

**DADOS DO PACIENTE:**

(User: LAO TSE)

(Datação: GE0002)

<u>Nome:</u> FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR		<u>Prontuário:</u> 519941
<u>Mãe:</u> MARIA SOCORRO OLIVEIRA	<u>Pai:</u> FRANCISCO LIODORO DA SILVA	
<u>End.Resid.:</u> KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
<u>Nascimento:</u> 03/07/1983	<u>Idade:</u> 36alm13d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99527-4504
<u>Responsável:</u> FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR		<u>CNS:</u> 898001261555122
<u>Profissão:</u> MECANICO		<u>CPF:</u> * RG: 417852496 - SSP-PI
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End.Local.:</u> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u> código:</u> 736421	<u>Data:</u> 16/08/2019 15:04:34	<u>Condução:</u> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
<u>Motivo da Procura:</u> DOR MEMBROS SUPERIORES		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid.Trab.:</u> Não	<u>Trajeto?:</u> Não	<u>Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u>

**DADOS CLÍNICOS:**

TMW 6M MDP (D)  
 cr flex  
 dor edema intº (D) / perifero OK

<u>PA:</u> _____ mmHg	<u>P脉:</u> _____	<u>FC:</u> _____ bpm	<u>Temp.:</u> _____
<u>Diagnóstico Inicial:</u> Fiebre 1º Metacarpus varô (Q)		<u>CID:</u>	
<u>CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:</u> DATA: 16/08/19 Tutor: _____			
<u>ALTA:</u> <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> A Pedido			
<u>ÓBITO:</u> <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Após 48 Hs <input type="checkbox"/> Anat. Patol.		<u>DESTINO:</u> <input type="checkbox"/> Internação na Unidade <u>Proced. Solicitado:</u> <u>CID Compatível:</u> <u>BORA:</u> _____ <small>(6511-02) Pediatria      Endocrinologia, nefrologia      Cardiologia, reumatologia      Gastroenterologia, hepatologia      Urologia, oncologia</small>	

<u>ALTA:</u> <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> A Pedido	<u>ÓBITO:</u> <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Após 48 Hs <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>DESTINO:</u> <input type="checkbox"/> Internação na Unidade <u>Proced. Solicitado:</u> <u>CID Compatível:</u> <u>BORA:</u> _____ <small>(6511-02) Pediatria      Endocrinologia, nefrologia      Cardiologia, reumatologia      Gastroenterologia, hepatologia      Urologia, oncologia</small>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 724521968 | Nº REGULAÇÃO: 87040 | TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL  
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-73  
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
PACIENTE: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR | NASCIMENTO: 03/07/1983

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

16/08/2019 13:17:34 PACIENTE COM FERIMENTO NA MÃO RELATA AÇÃO CONTUNDENTE HÁ 1 DIA. APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM 1º QUIRODACTILO D.RX EVIDENCIANDO FRATURA EM 1º METATARSO DIREITO.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

E MES SOLICITADOS:

R

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg)

FREQ. CARDÍACA: 95bpm

SATURAÇÃO: 98%

FREQ. RESPIRATÓRIA: 18rpm

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DIPRIRONA + VOLTAREN

DATA: 16/08/2019 13:20:22

Dr. Ryan Nogueira  
Cirurgião Geral  
CRM: 6055-PI

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco Lopes da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Tumor de polígono		
Operação - Tipo	Ressecção de tumor de polígono		
Cirurgião	Elcio Soárez Chagas de Souza CRM-PI 3920	Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Viana	Anestesista	Melina
Anestésico(a)	Raxol + Sedação		
Data da Operação	17/08/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	Tumor de polígono		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

### Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Lipopexia de flanco  
Lipopexia de flanco  
Lipopexia de flanco  
Lipopexia de flanco  
Lipopexia de flanco



Mod. 76 HUT





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

233593

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

**5828856**

Código da Internação:

4-CNES

**5828856****245297**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR**6 - Prontuário: **519941**7-CNS: **898001261555122**8-Nascimento: **03/07/1983**9-Sexo: **Masculino**RG: **417852496 - SSP-PI**10-Mae: **MARIA SOCORRO OLIVEIRA**12-Fone: **86-99527-4504**11-Resp: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR**14-Cor: **Parda**15-Endr: **RN 07, NÚMERO 3285 - SANTO ANTONIO - CEP: 64069-990**17-Cod.IBGE: **221100** 18-UF: **PI** 19-CEP: **64069-990**Munic: **TERESINA**

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA EM MÃO D A 01 DIA COM DOR E EDEMA

PERFUSÃO OK

FRATURA DE 1º MTC DE MÃO D



21 - Condições que justificam a internação:

**TRATAMENTO CIRURGICO**

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos

24-CID F811

25-CID G86.1

26-CID T,86.1

5624

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:  
**0408020377** 27-Procedimento Solicitado:**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIÁRIA DOS METACARPÍANOS**

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

819.404.243-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

**AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS**

16/08/2019

Ass.Carimbo Med.Sol. CRM:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito

39-CHAM Seguradora:

40-No. Biliante:

41-Série:

37-( ) Acidente Trabalho Típico

42-CHAM Empresa:

43-CHAM Empresa:

44-COR:

38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

## AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

13/08/19

**W. L. Santos**  
Ribamar Santos Lima  
Auditórios - 01.04.11/2020  
50-Ass. Prof. Dr. Ribamar Santos Lima  
Assessoria de Conselhos

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS

( ) CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

**José de Ribamar Santos Lima**  
José de Ribamar Santos Lima  
Assessoria de Conselhos  
Assessoria de Conselhos  
Impressão: 16082019 164345

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 233593 AIH: 2219101824270
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR	CNES 2679663
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
89800126155512	FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	03/07/1983	M	519941
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
34275451805	8695274504	MARIA SOCORRO OLIVEIRA	FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE	
	KM7		3285	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
SANTO ANTONIO		TERESINA <sup>1</sup>	PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

16/08/2019 13:17:34 PACIENTE COM FERIMENTO NA MÃO RELATA AÇÃO CONTUNDENTE HÁ 1 DIA. APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM 1º OUDROACTILIO D.RX EVIDENCIANDO FRATURA EM 1º METATARSO DIREITO.

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO, RÁO X

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S624 - FRATURAS MULTIPLAS DE OSSOS METACARPIANOS	<b>CID 10 SECUNDARIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

##### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020177 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METACARPIANOS

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>		
<b>CARÁTER</b> URGÊNCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 16/08/2019		
<b>DATA ADMISSÃO</b> 16/08/2019 15:04	<b>DATA ALTA</b> 16/08/2019 09:00	<b>MOTIVO ALTA</b> ALTA MELHORADO	<b>CRM:</b>

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

#### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>  TANIA MOREIRA AREA LEAD CPF: 43861399115 CRM: DATA ANALISE: 16/08/2019 17:21:09	<b>NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b>  CRM: DATA ANALISE:
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



## FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE						
DATA: 17/08/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CRICULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS	EFEITOS		
	10:15	10:55				TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3				1. FNT 100mcg 2. MDZ 3mg 3. Propan 10/30g 4. Epazolam 25 5. Dypiron 25 6. Bentra 20g	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				SEQUÊNCIA	
TEMPERATURA T	C° 260 240 38 200 180 160 140 120 100 80				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
P. ARTERIAL V O PULSO	V				DURAÇÃO	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	X				INCIDENTE - ACIDENTE	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					?	
RESPIRAÇÃO O	O				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS	Jedao Venosa + Bloqueio Trancaular					
OPERAÇÕES	Cor cir frat quiriodacto					
CIRURGIÕES	Dr. Chagas					
ANESTESISTAS	Dra Milena R. Bezerra Milena Bezerra ROE 2243 CRM PI 4741					
PARITICULARIDADES						

MOD 76 - HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 17/08/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Francisco Madureira da Costa</u>	PROTÓTIPO N°:	<u>519943</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Frat. Fractura Metacarpiana</u>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Milene</u>	Nº DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGIÃO:	<u>Chaves</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Anestesia Local + Sedativa</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Viana</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>—</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>—</u>		LUVA Nº <u>7,5 ± 8,0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº _____	PAR	<u>—</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>500</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>—</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>—</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	<u>03</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>10</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>—</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>—</u>	
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	<u>01</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>—</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>—</u>		<u>Cream</u>		<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	/			<u>Erromos 02</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	/						
CAT. GUT. CROMADO C/AG	/						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	/						
ALCOFIL	/						
MONONYLON							
FITA UMBILICAL	/			ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Vandinha</u>		
PROLENE	/						



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647216 Cidade: Beneditinos Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA Data do acidente: 15/08/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A JUNIOR

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

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 4,14)E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00





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



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	* Fio K

HOSPITAL: MUT

CNPJ:

PACIENTE: Francisco Lacerda da Silveira Nº AIH:

PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

O fio K deve ser liberado

Assinatura do Médico Solicitante

DATA: 27/08/19

### AUDITOR



*Marcelo*  
José de Ribamar Santos Filho  
Assessor de Auditoria - DRCA/FMS  
CNPJ: 1808 - CPF: 373.206.453-00  
Nº: 170600533260002

Assinatura do Médico Solicitante

DATA: 12/08/19

I - HUT





IDIADAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

HOSPITAL DE JRGÊNCIA DE

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC.		IDADE		CLÍNICA		ENF. OU AP		LETO		MÉDICO ASSISTENTE											
FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR		519941		03/07/1983		36		Ortopédica		229		3													
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA										HORÁRIOS													
DI:	16/08/2019	FRAT DE POLEGAR																							
	18/08/19																								
		1 Dieta oral livre																							
		2 Jejico salinizado																							
		3 Cefalotina 1g+ AD EV 6/6H																							
		4 Ranitidina 50mg _ 01 amp +AD EV 8/8hs																							
		5 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs																							
		6 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN																							
		7 Curativos diários																							
		8 Cuidados gerais e sinais vitais																							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:18:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812181973700000009808676>  
Número do documento: 20061812181973700000009808676

Num. 10329650 - Pág. 11

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA UCI

NOME José Antônio Lacerda da Silva Júnior IDADE 36 anos DATA 17/08/2019  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 39 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Frigat Guindaste CIRURGIÃO Chaves

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>133 x 58 mmHg</u>		<u>138 x 54</u>
FREQUÊNCIA CARDIÁCA (bpm)	<u>61 bpm</u>		<u>60</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>98%</u>		<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME E MATRÍCULA			

## ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK

ATIVIDADE MUSCULAR	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	2	ADMISSÃO			SAÍDA
			1	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2
CONSCIÊNCIA	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suporte de O <sub>2</sub>	0	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL			
ALA DE DOR ALTA			ASS.			

( ) SONDA VESICAL	( ) DREN. DE SUÇÃO	( ) DREN. TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG/ ( ) NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:30h. Admitido na UCI no Pós de cirurgia ele elidou mais ( ). Deserto de local e reação. Corrente. Respirando espontaneamente. Bom estatuto geral. Nome: Chaves Data: 17/08/19

PREScrição MÉDICA <u>Hemod. itau, oradit, karpofagia, aspirina e quirúrgica</u>	ALTA SRPA
MENTO / EXTERNO / SAÍDA DE CESSO	HORÁRIO
	ANESTEsiOLOGISTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Residencial - Fone: 86 3216 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

*COPREDO*  
PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 59524 - Em: (16/06/2019)

Ambulatório:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
245297	519941	FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	03/07/1983	POSTU 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 06	AGNUSO SAMPAIO CASTELO BRANCO
Expedição:		Hora:		Alergias:			
				(365)			
Descrição-Apresentação/Observação:							
Seq.:	Dieta:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recens:	Dil. Vol.:
1	ORAL TIPO LIVRE, 500ML SIST. FECHADO	1,00	FRASCO	EV	12/12h		
2	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SÓDIO FISIOLÓGICO)						
3	TRONOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Napolia	EV	12/12h		
4	DIFERONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Napolia	EV	6/6h		
	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h		
Relatório de Enfermagem:							
Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS EXAMES							

EVO 'CÂO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM'  
ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

NOME: *Francisco Lúcio da Sávia Júnior* PRONTUÁRIO: *519941* IDADE: *36*

*CD/2020*

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: ( ) MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) SEMI-INTENSIVOS ( ) INTENSIVOS  
DATA: *16 / 08 / 2019*

ENTRADAS

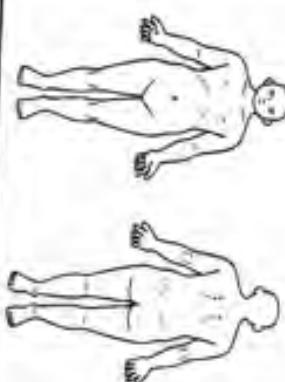
HORA	T	P	R	PA	SAT.	GLUC.	INR	HEMO	SONDA/ ORAL	DURESE	DRENO
12											
18	<i>65</i>	-	<i>100/60</i>								
24	<i>52</i>	-	<i>130/70</i>								
06	<i>54</i>	-	<i>120/70</i>								

SAÍDAS

SINAIS VITais

SINAIS VITais											
ENTRADAS											
SAÍDAS											
HORA	T	P	R	PA	SAT.	GLUC.	INR	HEMO	SONDA/ ORAL	DURESE	DRENO
12											
18											
24											
06											

PONTOS:		CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"
1	Totalmente 7-Muito	14-Promovendo 14-Não Promovendo	
2	UMIDADE (Molhado): Estimativa	ALTO RISCO ARI > 12	
3	ATRASAMENTO: Atraso 2-Critico total/3-Antecipado/Retardado	MEDIO RISCO ARI: 12 a 14	
4	MUDANÇA (Lembrei): Totalmente 2-Muito/3-Ligeiro/4-Nenhum	BALDO RISCO ARI: > 14	
5	NUTRIÇÃO: Mais de 2-Habituada 3-Substituta 4-Específica		
6	FRIGIDEZ E CRASSIMENTO: Problema 2-Frigidez 3-Crassimento		
7	TOTAL:		



CLASSE RISCO/ARI

PONTOS:		CONTROLE:	
1. HISTÓRICO DE QUEDA:	SIM - 20 / NÃO - 0		
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:	SIM - 15 / NÃO - 0		
3. AUXILIO NA DEAMBULAÇÃO:			
4. TERAPIA ENDÓVIA NOSAS:	SIM - 20 / NÃO - 0		
5. MARCA:			
6. ESTADO MENTAL:			
7. SORVETE:			

PONTOS:		CONTROLE:	
1. HISTÓRICO DE QUEDA:	SIM - 20 / NÃO - 0		
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:	SIM - 15 / NÃO - 0		
3. AUXILIO NA DEAMBULAÇÃO:			
4. TERAPIA ENDÓVIA NOSAS:	SIM - 20 / NÃO - 0		
5. MARCA:			
6. ESTADO MENTAL:			
7. SORVETE:			

TOTAL:

CLASSIFICAÇÃO:

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( ) Não

ALTO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

BAIXO RISCO: ( ) Sim ( ) Não

SEGURO: ( ) Sim ( )



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:	<b>FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR</b>		(Prontuário: 519941)
Endereço:	KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64069-990		
Nascimento:	03/07/1983	Idade: 36a1m20d	
Requisição:	988858	Solicitação: 17/08/2019	
Controle:	1286402	Convênio: SUS	

### RELATÓRIO:

#### MAO DIREITA

Data Exame: 17/08/2019

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada com fixação metálica no 1º metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares integros,
- Imobilização gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**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: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR** (Prontuário: 519941)  
Endereço: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 03/07/1983 Idade: 36a1m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736421  
Requisição: 988529 Solicitação: 16/08/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
Controle: 1285717 Convênio: SUS

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 16/08/2019

**MAO DIREITA**

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa no 1º metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 22/08/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:18:19  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181218197370000009808676>  
Número do documento: 2006181218197370000009808676

Num. 10329650 - Pág. 16



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, 22 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190647216**

**Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 15/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01693/01694 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020847

Carta nº 15134825



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:18:19  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181218197370000009808676>  
Número do documento: 2006181218197370000009808676

Num. 10329650 - Pág. 17



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, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190647216

Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 15/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000083622-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00083/00084 - carta\_15R - INVALIDEZ  
0005042





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou AGC:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

3A275451809 Francisco Líder da Silva Júnior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 496/2003

5 - Nome completo:

Francisco Líder da Silva Júnior

5A275451805

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

LC Retiro Beneditinos 300

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

B - Rural

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64.380-000

15 - E-mail:

Benedictinos

16 - Tel.(DDD):

(86) 9900-4014

### 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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA P/UPANHÃ (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1989

CONTA:

83622

 CONTA CORRENTE (Renda inativa)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 30 (trinta) 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 instâncias da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, 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 da 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 da 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  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:  Sim  Não

30 - Vítima deixou

nascido (menor)  Sim  Não

31 - Vítima

tive óbito?

 Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Sim  Não

33 - Vítima deixou

irmãos (menores)  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.

35

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina 19/11/2019

X Francisco Líder da Silva Júnior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

1

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:18:19

http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181218197370000009808676

Número do documento: 2006181218197370000009808676

Num. 10329650 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:18:19  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181218197370000009808676>  
Número do documento: 2006181218197370000009808676

Num. 10329650 - Pág. 20



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLICIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE BENEDITINOS-PI



## CERTIDÃO

### DADOS DO REGISTRO

Responsável pelo Registro: <b>Alexsandro Bezerra dos Santos (Agente de Polícia)</b>	Delegacia de Beneditinos
Ocorrência nº <b>137/2019</b>	Data do Registro: <b>10/10/2019</b>
Natureza: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	Hora do Registro: <b>10:00hs</b>

### NOTICIANTE

Nome: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JÚNIOR**

Nacionalidade: **Brasileiro**

- Natural: **Miraselva/Pr**

Estado Civil: **Casado**

- CPF nº **342.754.518-05**

Profissão: **Mecânico**

- Doc. Ident. nº **41.785.249-6 spp/sp**

Nascido: **03.07.1983**

- Tel: **(86) 99527-4504**

Filiação: **Francisco Liodoro da Silva e Maria Socorro Oliveira**

End: **Localidade Retiro, zona rural de Beneditinos-Pi.**

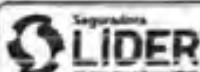
### HISTÓRICO

O NOTICIANTE (acima qualificado) *Comunicou Que:* sofreu um acidente automobilístico no dia 15.08.2019 por volta das 19:30 horas quando pilotava a motocicleta Honda/CG 160 FAN ESDI, placa PIR-9458, cor vermelha, ano/mod. 2016/2016, chassi nº 9C2KC2200GR510039, RENAVAM 1101854321, licenciada em nome de Antônio Marcos de Abreu Sousa; Que trafegava no veículo supra citado pela estrada vicinal que dá acesso a Localidade Retiro, que retornava para sua residência e nas proximidades da Localidade Canto Escuro um animal (porco) aravessou a estrada repentinamente, impossibilitando que o noticiante desvisasse do mesmo, o que acabou colidindo com o animal, sendo que, após bater no porco perdeu o controle da moto e acabou caindo, ocasionando a quebra do dedo polegar da mão direita e algumas escoriações no ombro e nos joelhos. Que foi socorrido pelo nacional Ernande Francisco de Sousa que o levou para a cidade de Demerval Lobão-Pi e de lá o noticiante foi para o Hospital do Promorar na cidade de Teresina-Pi. Que deu entrada no dia seguinte (16.08.19) no H.U.T. na cidade de Teresina-Pi onde passou por uma cirurgia no dedo polegar. Dada e passada na cidade de Beneditinos, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia, (10/10/2019). Eu,..... Agente de Polícia que registrei e digitei.

Noticiante/Vítima: *Alexsandro Bezerra dos Santos Júnior*

*Alexsandro Bezerra dos Santos*  
Matrícula 130150-X





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou AGU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

34275451809 Francisco Líder da Silva Júnior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 446/2012

5 - Nome completo:

Francisco Líder da Silva Júnior

54275451805

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

LC Retiro Benditinos 300

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

B - Rural

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64.380-000

15 - E-mail:

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADORES) PARA VITIMA/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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPO-CAIXA (sómente para os bancos abaixo, informar uma opção)

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

AGÊNCIA:

1989

CONTA:

83622

CONTA CORRENTE (sólo se houver)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se houver)

Autorizo a seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

 Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) 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 assistência médica, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (se 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  Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou  Sim31 - Vítima  Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou  Sim34 - Vítima  Sim

35 - Se tinha pais, informar

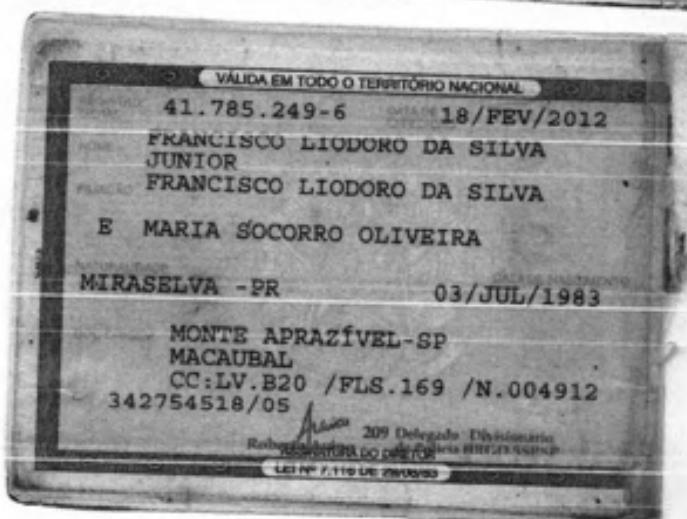
36 - Vítima  Sim37 - Vítima  Sim38 - Vítima  Sim39 - Vítima  Sim40 - Vítima  Sim41 - Vítima  Sim42 - Vítima  Sim43 - Vítima  Sim44 - Vítima  Sim45 - Vítima  Sim46 - Vítima  Sim47 - Vítima  Sim48 - Vítima  Sim49 - Vítima  Sim50 - Vítima  Sim51 - Vítima  Sim52 - Vítima  Sim53 - Vítima  Sim54 - Vítima  Sim55 - Vítima  Sim56 - Vítima  Sim57 - Vítima  Sim58 - Vítima  Sim59 - Vítima  Sim60 - Vítima  Sim61 - Vítima  Sim62 - Vítima  Sim63 - Vítima  Sim64 - Vítima  Sim65 - Vítima  Sim66 - Vítima  Sim67 - Vítima  Sim68 - Vítima  Sim69 - Vítima  Sim70 - Vítima  Sim71 - Vítima  Sim72 - Vítima  Sim73 - Vítima  Sim74 - Vítima  Sim75 - Vítima  Sim76 - Vítima  Sim77 - Vítima  Sim78 - Vítima  Sim79 - Vítima  Sim80 - Vítima  Sim81 - Vítima  Sim82 - Vítima  Sim83 - Vítima  Sim84 - Vítima  Sim85 - Vítima  Sim86 - Vítima  Sim87 - Vítima  Sim88 - Vítima  Sim89 - Vítima  Sim90 - Vítima  Sim91 - Vítima  Sim92 - Vítima  Sim93 - Vítima  Sim94 - Vítima  Sim95 - Vítima  Sim96 - Vítima  Sim97 - Vítima  Sim98 - Vítima  Sim99 - Vítima  Sim100 - Vítima  Sim101 - Vítima  Sim102 - Vítima  Sim103 - Vítima  Sim104 - Vítima  Sim105 - Vítima  Sim106 - Vítima  Sim107 - Vítima  Sim108 - Vítima  Sim109 - Vítima  Sim110 - Vítima  Sim111 - Vítima  Sim112 - Vítima  Sim113 - Vítima  Sim114 - Vítima  Sim115 - Vítima  Sim116 - Vítima  Sim117 - Vítima  Sim118 - Vítima  Sim119 - Vítima  Sim120 - Vítima  Sim121 - Vítima  Sim122 - Vítima  Sim123 - Vítima  Sim124 - Vítima  Sim125 - Vítima  Sim126 - Vítima  Sim127 - Vítima  Sim128 - Vítima  Sim129 - Vítima  Sim130 - Vítima  Sim131 - Vítima  Sim132 - Vítima  Sim133 - Vítima  Sim134 - Vítima  Sim135 - Vítima  Sim136 - Vítima  Sim137 - Vítima  Sim138 - Vítima  Sim139 - Vítima  Sim140 - Vítima  Sim141 - Vítima  Sim142 - Vítima  Sim143 - Vítima  Sim144 - Vítima  Sim145 - Vítima  Sim146 - Vítima  Sim147 - Vítima  Sim148 - Vítima  Sim149 - Vítima  Sim150 - Vítima  Sim151 - Vítima  Sim152 - Vítima  Sim153 - Vítima  Sim154 - Vítima  Sim155 - Vítima  Sim156 - Vítima  Sim157 - Vítima  Sim158 - Vítima  Sim159 - Vítima  Sim160 - Vítima  Sim161 - Vítima  Sim162 - Vítima  Sim163 - Vítima  Sim164 - Vítima  Sim165 - Vítima  Sim166 - Vítima  Sim167 - Vítima  Sim168 - Vítima  Sim169 - Vítima  Sim170 - Vítima  Sim171 - Vítima  Sim172 - Vítima  Sim173 - Vítima  Sim174 - Vítima  Sim175 - Vítima  Sim176 - Vítima  Sim177 - Vítima  Sim178 - Vítima  Sim179 - Vítima  Sim180 - Vítima  Sim181 - Vítima  Sim182 - Vítima  Sim183 - Vítima  Sim184 - Vítima  Sim185 - Vítima  Sim186 - Vítima  Sim187 - Vítima  Sim188 - Vítima  Sim189 - Vítima  Sim190 - Vítima  Sim191 - Vítima  Sim192 - Vítima  Sim193 - Vítima  Sim194 - Vítima  Sim195 - Vítima  Sim196 - Vítima  Sim197 - Vítima  Sim198 - Vítima  Sim199 - Vítima  Sim200 - Vítima  Sim201 - Vítima  Sim202 - Vítima  Sim203 - Vítima  Sim

SEQ : 00047 IIC: 1623953-9 DT.LEIT.: 13/11/2019 T.ENR.: 09  
LEITURA: 1874 NORMAL TOTAL: 48,49 CARGO: 002  
DT.VENC.: 20/11/2019 TRIBOS : 000 COLETOC: 4023



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:18:19  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812181973700000009808676>  
Número do documento: 20061812181973700000009808676

Num. 10329650 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:18:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181218197370000009808676>  
Número do documento: 2006181218197370000009808676

Num. 10329650 - Pág. 24

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647216 Cidade: Beneditinos Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA Data do acidente: 15/08/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A JUNIOR

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

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 4,14)E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407147/19

**Vítima:** FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

**CPF:** 342.754.518-05

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/08/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR : 342.754.518-05**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2019  
Nome: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR  
CPF: 342.754.518-05

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:18:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181218197370000009808676>  
Número do documento: 2006181218197370000009808676

Num. 10329650 - Pág. 26

# 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: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000083622-5

---

Nr. da Autenticação F9EAB8A367C561F4



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:18:19  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181218197370000009808676>  
Número do documento: 2006181218197370000009808676

Num. 10329650 - Pág. 27