



Número: **0837276-61.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **20/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA (AUTOR)	ARTHUR LENNON ALVES MENESSES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10253 989	15/06/2020 14:02	<u>PROC ADM</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 516001965	Nº REGULAÇÃO: 60423	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5973457 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO - (86) 3217-3267		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA	NASCIMENTO: 09/06/1993	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE DE 26 ANOS DEU ENTRADA NA UNIDADE VITIMA DE TCE APOS ACIDENTE COM MOTOCICLETA. AO EXAME: ACV EM 2T, BNFAP MV + SEM RAPA; 160 X 110 MMHG PRESENÇA DE MULTIPLAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM REGIÃO CEFALICA E FACE COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

DIAGNÓSTICO(CID): OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 160x110(mmHg) FREQ. CARDÍACA: 104bpm SATURAÇÃO: 98% FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA: 163mg/dL NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15 USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATODIPIRONA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 CEP 64002-470
Centro, Teresina - PI

DATA: 10/02/2019 23:50:37

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCaminhamento / CARIMBO

OBS: O paciente continua com vaga reservada no estabelecimento de origem até a data 11/02/2019 e horário 03:37h. Caso seja necessário internar o paciente no estabelecimento de destino, o mesmo deve contactar o estabelecimento de origem para registro da alta.

17.577.205/0002-18
HOSPITAL MARIANO CASTELO BRANCO
Alameda Francisco Nogueira S/N - Santa Rosa
CEP: 64012-000
Teresina - PI



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 516001965	Nº REGULAÇÃO: 60423	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2923457 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO - (86) 3217-3257	ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: CIRURGIA GERAL	PACIENTE: FRANCISCO CLEITON FERREIRA LIMA	
		NASCIMENTO: 09/06/1993

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE DE 26 ANOS DEU ENTRADA NA UNIDADE VITIMA DE TUE APÓS ACIDENTE COM MOTOCICLETA. NO EXAME: ACV EM 2T, ONFAP MV - SEM RAP, 100 X 110 MM/HG PRESENÇA DE MULTIPHAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM REGIÃO CEFÁLICA E FACE COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

USO DE FATO, DE CRÂNIO

DIAGNÓSTICO(CID): OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICOS DA CABECA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 160x110 mmHg | FREQ. CARDÍACA: 104 bpm | SATURAÇÃO: 98% | FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA: 163 mg/dL | NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 7/10 | USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATODIPTERONA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina, PI

DATA: 19/02/2019 23:50:37

Joedel da Silva Barros:
Médico
CRM - PI 3532

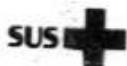
EDNA SOARES COUTINHO / RESPONSÁVEL PELA ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Q. 29. 130X90 K





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal De Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS



253289
05.522.917/0029-70
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA
PROFº. ZENON ROCHA
Rua Dr. Otto Tito, N° 1820
Redenção - CEP: 64.017-770
Teresina - PI

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta
Especialidade

Nome do Paciente (preencher sem abreviar)		Nº Cartão SUS	
Belo. novilo		8880034LSS2712	
Francisco Kleiton Ferreira Leime		Raça/Cor	
Nascimento	Idade	Sexo	RG / CPF
09/06/1983	25 anos	<input checked="" type="checkbox"/> Masc.	<input type="checkbox"/> Fem.
Nome da Mãe		CEP	
Lore codino Ferreira Leime		64000-010	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Bairro		Complemento	
Porto da Barra negruinho 1627			
Município	UF Fones		
Teresina	PR (46) 99482-3002		
Dados Clínicos			
Fratura de condilo (Tratamento conservador).			
Encomionoto Ambulatorial			
Data:	16/02/2019	Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde Atende	
Dados do Agendamento		Esp. Cirurgião de Traumatologia	
Local do Atendimento		Data: 16/02/2019	
HGV		CRM-4033 PR	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Nome do Profissional de Saúde			
Antônio Henrique Beyer Faria			
Data e Hora do Comparecimento		Carimbo/Aassin. Respons. pelo Agendamento	
18/02/2019 às 13:30		Dr Wesley Lima Andrade	
		Esp. Cirurgião de Traumatologia	
		Bulimônio Facial	
		CRM-4033 PR	

CARO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha se houver atendimento.
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.
Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

Formulário II / 2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
ÓPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.,
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



SUMÁRIO DE ALTA



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

Frontuário:
198681

Internação:
232852

DEPARTAMENTO:

INTENSIOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.

Rua Coelha da Ribeira, 185 Log.

Centro-Norte CEP: 64.002-470

Teresina-PI

Nome: **FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA**
 End. Resid.: **RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MARIA CODIPÍ**
 Cidade: **TERESINA - PI**

CEP: 64000-010

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	09/06/1993	25a8m2d	União Estável	SERVENTE
Internação		Alta		
Data	Hora	Data	Hora	Permanência
11/02/2019	17:36	14/02/2019	10:30	

Diagnósticos: *Erosão de mandíbula (condilo).*

Cod.CID:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Lesão em face returada e cicatriz em face.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*Erosão de condilo, com manidade de tratamento ambulatório.
 Retorno curado.*

MEDICAÇÕES:

Amoxicilina 500mg / Paracetamol 1000mg / Ibruprofeno 500mg.

CIRURGIA: Data: 11/02/2019 Tipo:

Ressecção e sutura da lesão na face após remoção.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Encaminhamento ambulatorial para Odontologista.

Tipo de Alta: Curado Melhorado Pedido Evasão Administrativa
 Óbito Transferência outro serviço Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

Dr. Wesley Lima Andrade
 Especialista Traumatologia
 Orto Maxilo Facial
 CRM-PI

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



14/02/2019

Comprovante de Agendamento

FUNCAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCACAO DE CONSULTAS/EXAMES

Ctrl: 1cf3e1d-d-a8366f4-3947edc-a1c56ced

Cadastro: 14/02/2019 12:57:27

Agenda: 12454331

Usuario: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Cartao SUS: 7085C5327143878

Local de Atendimento: HOSPITAL UNIVERSITARIO HU

Endereço: CAMPUS UNIVERS MINIST PETRONIO

TOLEDO, S/N

Fones: (86) 3228-5748

Profissional: CARLOS EDUARDO MENDONCA BATISTA

CBO: CIRURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL

Procedimento(s):

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO
ESPECIALIZADA EXCETO MEDICO Qtde: 1

Comparecimento Data, Hora): Segunda, 25 de Fevereiro de 2019 as 07:00
Apresente este comprovante no ato do atendimento

Nao apresente nuda em caso de nao haver atendimento

Apresentar-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Corimbo Responsavel pelo Agendamento

Emissao: 14/02/2019

Autorizacao: 3174211905

Nascimento:
09/06/1993

Telefone:
(86)9482-3001

Municipio:
TERESINA

Bairro: ININGA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI





Fundação Municipal de Saúde



Nº 0206928

05.522.917/007-77

Hospital de Urgência de Teresina

Dr. Zénon Rocha

Rua Dr. Otto, 1826 - Centro

CEP: 64.017-776

Teresina-PI

Central de Regulação de Consultas

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade

Botonoxilofacial

Nº Cartão SUS

8880034LS51712

Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)

Joancirco Kletin Ferreira Lame

Raça/Cor

Nascimento

09/06/1993

idade

25 an

Sexo

Masc

Fem

RG / CPF

Nome da Mãe

Rosa Lacerda Marques 1127

CEP

Endereço (Logradouro, Número/Lote)

Acre bairral mequita 1127

Bairro

Santa Maria Cedip

Complemento

Município

Teresina

UF

PI

Fones

(86) 39482-3001

Dados Clínicos

Paciente apresenta lesões em face e nudez de substâncias estruturais do conduto.
Envolvimento para anestesiologia.

Data: **14/02/2019**

Carimbo/Assinatura do Profissional de Saúde

Esp. Cirurgia e Urologia

Sócio-Médico Facial

CRO: 403511

Dados do Agendamento

Local de Atendimento

Endereço (Logradouro, Número/Lote)

Nome do Profissional de Saúde

Data e Hora p/ Comparecimento

/ / às :

Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento

CARO USUÁRIO:

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.

Só entregue esta ficha se houver atendimento.

Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.

Nº DA AUTORIZAÇÃO





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Francisco Kleyton F. Lima
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 198.681

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".




SAMU
192

DATA DO CHAMADO 11/02/19		Nº DO CHAMADO 1525	CÓDIGO PRO 2912	SAÍDA DO PA 10:40	CHEGADA 1º HOSPITAL 11:10
SAÍDA 1º HOSPITAL 11:29		CHEGADA 2º HOSPITAL 11:50	SAÍDA 2º HOSPITAL	RETORNO 1º HOSPITAL	CHEGADA AO PA
HOSPITAL DE ORIGEM <i>Hospital Manoel Joaquim Braga</i>					
HOSPITAL DE DESTINO HUT					
NOME Edilson Kellen Ferreira Leiva				TIPO DE OCORRÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Realização de Exame <input type="checkbox"/> Já Removido	
CONTATO		IDADE 24a		DATA DE NASCIMENTO 09/06/93	
ALERGIA <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		DOENÇA PRÉ EXISTENTE		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ESTADO GERAL <input checked="" type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado <input type="checkbox"/>		RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Dispnéico ABDOME <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Gravidico		PELE <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Feridas DIURESE <input type="checkbox"/> Fraturas <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo	
NEUROLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/>		NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Ofertado		SINAIS VITais Pulso 104 bpm Sat O2 98 % PA 130x90 mmHg Respiração rpm Temperatura °C	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Desobstrução de vias aéreas ineficaz <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Confusão mental <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de trauma <input type="checkbox"/> Dor aguda		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Avaliar/Monitorar nível de consciência/sedação <input type="checkbox"/> Manter a cabeceira do leito elevada _____ graus <input type="checkbox"/> Verificar/Monitorar e anotar SSVV <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas S/N <input type="checkbox"/> Ofertar O2 <input type="checkbox"/> Assegurar e testar a permeabilidade dos acessos venosos		DISPOSITIVOS <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Dreno do tórax	
.VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: <i>Paciente com TCE agudo acidente motorizado envolvendo multiple lesões contidas na região cervical e toracica com quadro de asfixia. Encubração pelo corpo e relata dor intensa</i>		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 MAI 2019		HORÁRIO SEGURADORA SA Rua Coelho da Rocha, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 6500-0470 Tocantins	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Contenção <input type="checkbox"/> KED		<input type="checkbox"/> Prancha Longa <input type="checkbox"/> Colar Cervical <input type="checkbox"/> Assistência Obstétrica <input type="checkbox"/> Imobilizações		Medicação em Uso: <input type="checkbox"/> Reanimação Cardio Pulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso: <input type="checkbox"/> Glicemia:	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				CONDIÇÕES DE ENTREGA <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado	
RELATÓRIO MÉDICO:				ÓBITO <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> No Transporte	
Responsável pela Recepção <i>Substituto Edilson C. Enfermeira COREN PI 207 590</i>		MÉDICO <i>Edilson C.</i>		ENFERMEIRO <i>Edilson C.</i>	
		TÉCNICO EM ENFERMAGEM <i>Gabriel</i>		CONDUTOR <i>Edilson C.</i>	





ENCAMINHAR P/ SUTORA

NEURO UK
BULOC
C-GERAL

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

e. Plástic

BOLETIM DE ENTRADA (BE) NHEO 11:10
12/02/19

Imp: 11/02/2019 12:06:19

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSUL/RCJ)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA		Prontuário: 198681
Mãe: ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA	Pai: ANTONIO DOCA FERREIRA	
End. Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIFI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 09/06/1993	Idade: 25a8m2d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9482-3001
Responsável: ANTONIO	CNS: 898003415517812	
Profissão: SERVENTE	Documento: RG: 3418214 - SSP PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: União Estável	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 707198	Entrada: 11/02/2019 11:49:36	Convênio: SUS	Proced: 0301060023
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Sintese História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA ONTEM, NAO USAVA CAPACETE, TRAUMA DE FACE, COM PERDA DE SUBSTANCIA, REFERE DOR ABDOMINAL, CEFALÉIA E NAUSEAS. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. ECG:15		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 11/02/2019 11:57:20

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 m IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	--	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA ONTEM HÁ CERCA DE 16 HORAS, NAO USAVA CAPACETE, TRAUMA DE FACE, COM PERDA DE SUBSTANCIA, REFERE DOR ABDOMINAL EM PONTO DE ESCORIAÇÃO.			
A - VAP. B - MAVV+ AHT, BOA EXPANSIBILIDADE, C - BNF RR 2T SS, FC 101, ABDOME INOCENTE, PELVE ESTÁVEL, ; D - ECG 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SEM SINAIS DE LATERALIZAÇÃO; E - ESCORIAÇÕES EM ABDOME, COTOVELO DIREITO, LESÕES FACE E CRANIO			
HUT DR. ZENON ROCHA		Dr. Zenon Rocha / Dr. Paulino Neto Proctologia / Cir. Geral CRM-PI: 3128	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		CID:	

Diagnóstico Inicial:	EXAME: CMRC 12220	
----------------------	-------------------	--

Exames Complementares:	(1152834) - T.C. DE CRANIO	DATA: 11/02/19
------------------------	----------------------------	----------------

Prescrição Médica:	Rx: PROCT	
--------------------	-----------	--

Motivo da Alta/Encerramento:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTENDO NAO VERIFICADO	
------------------------------	---	--

Observação (Adulto)	DATA: / / - HORA: : -	
---------------------	-----------------------	--

10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 665 Centro Centro-PI CEP: 64002-470 Teresina-PI

Assinatura Paciente ou Responsável	WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO CRM 3811 Em: 11/02/2019 12:06:13	
------------------------------------	--	--





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

Imp: 11/02/2019 12:06:15
(WILLIAM MACHADO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA		<u>Prontuário:</u> 198681
<u>Mãe:</u> ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA	<u>Pai:</u> ANTONIO DOCA FERREIRA	
<u>End. Resid.:</u> RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 09/06/1993	<u>Idade:</u> 25a8m2d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86- 9482-3001
<u>Responsável:</u> ANTONIO		<u>CNS:</u> 898003415517812
<u>Profissão:</u> SERVENTE		<u>Documento:</u> RG: 3418214 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>E.Civil:</u> União Estável
<u>End.Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 707198	<u>Data:</u> 11/02/2019 11:49:36	<u>Clas. Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Conclusão:</u> S.O.S. ACIDENTES DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> 11/02/19 11:49:36	<u>ESPECIALISTA:</u> NCR
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u> TCE TCE Crim. São leis que regem conduta vor cad. São conduta vor	
Carimbo/Assinatura Solicitante	



<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: 11/02/19 13:37	<u>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</u>
<u>DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):</u>	

<u>Data/Hora Solicitação:</u> 11/02/19 13:37	<u>ESPECIALISTA:</u> FCTBMA
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u> Avaliação da cirurgia Plástica - paciente com lesões na face. Encaminhado ao Centro Cirúrgico para procedimento	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: 11/02/19 13:37	<u>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</u>
Paciente admitido na URGÊNCIA AM REGIÃO HEMI-FACE (L) SEM SANGRAMENTO ATIVOS NO MOMENTO AVALIAÇÃO DE BOAS LUMINOSAS (RAME CLÍNICO LIMITADO), NO FIM DE IR DE FACE APARECEU ANSIEZIA (ESTR. ANS).	
(L) Enxamurado PI SUTUM; INTENSIDADE PI NENHUMA CIRURGIA. → AVANÇA LIGA. DÉMONS ESPERANÇAS	

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
Carimbo/Assinatura FIDI. Parecer



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

ME Jamileia Leite Ferreira Lima IDADE anos DATA 17/02/2019
ORÁRIO DE ADMISSÃO 18 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA()GERAL()RAQUE()BLOQUEIO()PERIDURAL()SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA Reconstrução de face CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	CIRURGIA				
			SAÍDA				
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	134x83	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 MAI 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64002-470 Teresina-PI	126 165 (95)				
FREQUENCIA CARDIACA (ppm)	98		83				
SATURAÇÃO DE O2 (%)	94		97%				
TEMPERATURA AXILAR (O° C)							
FREQUENCIA RESPIRATORIA (rpm)							
NOME/ MATRÍCULA	Paula	lauerjone					
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK						ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	1	1
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0	0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2	2
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1	1
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0	0
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2	2
SCALA DE DOR	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0	0
MISSÃO	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1	1
SCALA DE ORTA	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0	0	0
TOTAL		09					10
ASS.	Maria Paula Soárez de Oliveira						

PLAÇA DE ENFERMAGEM:

EDUCAÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POF
e Reconstruções de face; Segue rotineiro; no ambiente.

2020-07-06 10:00:00

ACTA SRPA

Dra. Alyne A. Mello
Médica Anestesiologista
CRM-PI 7123
ANESTESIOLOGISTA

MINHAMENTO | EXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |

217 | 162

3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: []PED []NEURO []GERAL []4 []QUEIM. CLÍNICA: []PED []ORT []NEU []CIR []IMED





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

65 176590

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**232852**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA	6 - Prontuário: 198681
7-NS: 898003415517812	8-Nascimento: 09/06/1993
9-Sexo: Masculino	RG: 3418214 - SSP PI
11-Mae: ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA	12-Fone: 86- 9482-3001
13-Resp: ANTONIO	14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM EXTENSA LACERAÇÃO DE FACE

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA.

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

EXAME CLINICO.

23-Diagnóstico Inicial:

Perimentos envolvendo a cabeça com o pescoço

24-CID Prin: **T010**25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: **0413040178** 27-Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA** Tempo: **RT**

29-Clinica: **02** 30-Caráter: **Ident.: 01** 31-Docum.: **CPF** 32-Doc. Méd. Solic.: **000.392.023-21**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **VANESSA ROCHELE SOARES COSTA** 34-Data Solicitação: **11/02/2019** 35-Ass.Carimbo Med.Sci. (CRM):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: **Marcondes Martins S. Moura** 47-Data Autorização: **01/03/19**

Marcondes Martins S. Moura
MÉDICO AUDIÓLOGO
CNS 17026395120001

Carimbo (Rg. Conselho)

48-Documento: **1 CNS () CPF** 49-Num. Documento: **17026395120001**

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: **Ednan Soares Coutinho** Usuário: **(AMPARO LEAL)**
Consulta Local: **707198**
Consulta SUS:
Impressão: **26/02/2019 17:43:29**



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 176590 AIH: 2219100103770
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO	CNES 5973457
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 896003415517812	NOME DO PACIENTE FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA	NASCIMENTO 09/06/1993	SEXO M	PRONTUÁRIO 198681
DOCUMENTO CPF 86994823001	TELEFONE 86994823001	NOME DA MÃE ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA	RESPONSÁVEL ANTONIO	NUMERO / LOTE 1133
CEP 54000-000	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA SAMUEL MESQUITA	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	
Bairro SANTA MARIA DA CODIPI	COMPLEMENTO			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA EVOLUINDO COM EXTENSA LACERACAO NA FACE

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EXAME FÍSICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

T010 - FERIMENTOS ENVOLVENDO A CABECA COM O PESCOCO

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

11/02/2019

VANESSA ROCHELE SOARES COSTA

(CPF: 00039020212)

CRM:

DATA ADMISSÃO

11/02/2019 11:49

DATA ALTA

14/02/2019 11:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ/SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

Acidente de Trânsito

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA
CPF: 07898400363

CRM:

DATA ANALISE: 26/02/2019 16:32:43

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente			
Francisco Kleyton Ferreira Lima			
Diagnóstico pré-operatório			
Laceração na face			
Operação - Tipo			
Reconstrução da face			
Cirurgião	Dr. Vanessa	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	Estudante
Instrumentador(a)	Nelida	Anestesista	Adriano
Anestésico(a)		Anestesia	Geral
Data da Operação	20/02/19	Inicio	17:00
Diagnóstico Pós-operatório		Fim	18:00
Relatório Imediato do Patologista		<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 MAI 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>	
Acidente Durante a Operação		<p>KT CONFIDENCIAL</p>	

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

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico.
- ② Antissepsia + colocação de campos.
- ③ Desbridamento e sutura de lesões na face após hemostasia.
- ④ Curativo

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE:	<i>Paulo Klevton Ferreira bento</i>	DATA	<i>11/03/19</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Polifunomatizado</i>	PROTÓRIO N°:	<i>19866</i>
ANESTESIA:	<i>Geral</i>	CATEGORIA:	<i>Intervenção da face</i>
CIRURGIÃO:	<i>Vanessa</i>	Nº DA SALA:	<i>01</i>
AUXILIAR:	<i>Estudante</i>	CPF N°:	
ANESTESISTA:	<i>Adriano</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Wendy</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	<i>01</i>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<i>01</i>	
AGULHA 30x8	UNID.	<i>01</i>		LUVA Nº 710	PAR	<i>01</i>	
AGULHA 40x12	UNID.	<i>01</i>		LUVA Nº 615	PAR	<i>03</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>04</i>	
ÁLCOOL 70%	ML	<i>80</i>		PVPI DE GERMANTE	ML	<i>100</i>	
ALGODÃO	BOLA	<i>04</i>		PVPI TÓPICO	ML	<i>100</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<i>200</i>		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<i>02</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>02</i>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<i>01</i>		SERINGA 10CC	UNID.	<i>01</i>	
ESPARADRAPO	CM	<i>70</i>		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<i>05</i>	
GASES	PAC.	<i>04</i>		SONDA URETRAL	UNID.	<i>01</i>	
JELCO Nº 20	UNID.	<i>01</i>		<i>Locova</i>	03		
FIOS	UNID.			OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				<i>1 leito do</i>	05		
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				<i>deepam</i>	04		
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				X			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 5.0	04						
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE:	<i>Gutene</i>		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI



FOLHA DE ANESTESIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019



UNIDADE DE SAÚDE
GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Almeida, 405 - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE		Francisco Kleyby Ferreira			
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
30/02/19	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO					
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
SISTEMA DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OBERTÓRIO					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					
<p style="text-align: center;">17:30 18:00</p>					
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	SISTEMA URINÁRIO	TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
TEMPERATURA T	38 °C	APLICADO AS	FÍSICOS		
P. ARTERIAL V O PULSO	200 180 160 140 120 100 80 60 40	EFEITOS			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	10:00 10:30 11:00 11:30 12:00 12:30 13:00 13:30 14:00 14:30 15:00 15:30 16:00 16:30 17:00 17:30	SEQUÊNCIA			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	10:00 10:30 11:00 11:30 12:00 12:30 13:00 13:30 14:00 14:30 15:00 15:30 16:00 16:30 17:00 17:30				
RESPIRAÇÃO O	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250 260	DURAÇÃO			
SÍMBOLOS					
TÉCNICAS	INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES	CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
ANESTESISTAS					
PARTICULARIDADES	<p style="text-align: right;">X</p> <p style="text-align: right;">Dia: 30/02/2020 Assinatura: Dr. Reginaldo Bezerra CRM/PI: 5920</p>				

MOD 76 - HUT



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA** (Prontuário: **198681**)
 Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 09/06/1993 Idade: 25a8m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 707198
 Requisição: 920676 Solicitação: 11/02/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
 Controle: 1152834 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 11/02/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DE PARTES MOLES NA REGIÃO TEMPORAL E PERIORBITÁRIA À ESQUERDA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

OBS: FRATURA OBLÍQUA NO CÔNDILO MANDIBULAR À ESQUERDA.

(SUS CEZAR)

TERESINA - PI 11/02/2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
 Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 18

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 01 522.917/0022-02

Prontuário:
198681

Internação:
232852

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Barros, 465 Loja C
 Centro, Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Nome: **FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA**
 End. Resid.: **RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MARA, CODIPÍ**
 Cidade: **TERESINA - PI**

CEP: **64000-010**

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	09/06/1993	25a6m2d	União Estável	SERVENTE
Internação		Alta		
Data	Hora	Data	Hora	Permanência
11/02/2019	17:36	14/02/2019	20:30	

Diagnósticos: *Fratura de mandíbula (condilo).*

Cod.CID:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Fratura em fase nutritiva e cicatrização em fase.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*Fratura de condilo, com manutenção de tratamento ambulatório.
 Tratamento conservador.*

MEDICAÇÕES:

Analgesia 500 mg / Mineralizante 100 mg / Aparador 500 mg.

CIRURGIA: Data: 11/02/2019 Tipo:

Desbridamento e sutura da lesão na face após hematoma.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Encaminhamento ambulatorial, encaminhamento para Odontologista.

Tipo de Alta: Curado Melhorado Pedido Evasão Administrativa
 Óbito Transferência outro serviço Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

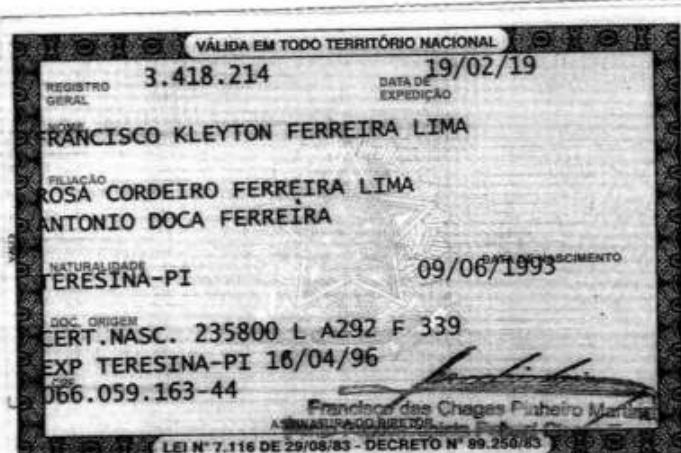
Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

Dr. Wesley Lima Andrade
 Especialista em Traumatologia
 Busto Maxilo Facial
 CRM 1033 PI

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 21

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI 9020170281302 N° 013404777424
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	182575969		2018
NOME			
DORISVAL GUILHERME COSTA			

CPF / CNPJ		PLACA	
70567824349		NIP-2108	
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
-	9C2JC4110AR553567		
ESPECIE / TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTOCICLIO / NENHUMA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / CG 125 FAN KS	2009	2010	
CAP / PGT / CIL.	CATEGORIA		
002P / 124CC	PARTIC		
I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P			1º IPVA
V	FADA / IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º
A			3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	
SEGURADOR PAGO OBRIGATÓRIO		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
A/F ID DOCUMENTO ADMINISTRADORA DE CONS. NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		DATA DE PAGAMENTO	
TERESINA		DATA	
JOSÉ MARINHO DE SOUZA MARTINS DIRETOR GERAL DO DETAN - PI		7/8/2018	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI N° 013404777424 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	2018	DATA EMISSÃO	7/8/2018
VIA	CÓD. RENAVAM	PLACA	
1	182575969	NIP-2108	
MARA / MODELO		ANO FAB.	
HONDA / CG 125 FAN KS		CAT. INF.	
9C2JC4110AR553567		Nº CHASSI	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
81,28	9,03	90,31	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	VENC. A SER PAGO PRAZO DESENVOLVIDO (R\$)	
4,15	0,70	185,50	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
		03/08/2018	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 24

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
LIMA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-TRAUMA FACIAL
-LACERACOES E ESCORIACOES
-FRATURA OBLIGUA NO CONDILO MANDIBULAR A ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALÉIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Resultados terapêuticos: ASSIMETRIA FACIAL E ALTERACAO ANATOMICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2019

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
LIMA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-TRAUMA FACIAL
-LACERACOES E ESCORIACOES
-FRATURA OBLIGUA NO CONDILO MANDIBULAR A ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALÉIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Resultados terapêuticos: ASSIMETRIA FACIAL E ALTERACAO ANATOMICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2019

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
LIMA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA MANDIBULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
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.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
LIMA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA MANDIBULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
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.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR		10
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT) NOME: Francisco kleyton ferreira Lima RG: 3.418.214 ORG. EMISSOR: SSP / PI D. EXPEDIÇÃO: 19/02/19 CPF: 066-059 163 44 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Servente ENDEREÇO: Rua Lourenço Mesquita Nº: 1133 COMPLEMENTO: casa CIDADE: Teresina ESTADO: PI BAIRRO: Sta maria da codipi CEP: 64.000-000 TELEFONE: 995346565		
<small>GENTE SEGURA Rua Coelho de Rezende Centro-Norte de Teresina</small>		

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: <i>Delle Rose Soares Mionques</i>			
RG: <i>419.762</i>	ORG. EMISSOR: <i>SSP / PJS</i>	D. EXPEDIÇÃO: <i>23/09/11</i>	
CPF: <i>800.173.173-91</i>	ESTADO CIVIL: <i>Solteira</i>	PROFISSÃO: <i>Recepcionista</i>	
ENDERECO: <i>Rua 24 de Janeiro</i>		Nº: <i>544</i>	
BAIRRO: <i>Centro</i>	CIDADE: <i>Teresina</i>	UF: <i>PI</i>	CEP: <i>64.000-230</i>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO.

Francisco Leyton Ferreira Lina

Data do acidente de trânsito : 30/02/2019

Cobertura da vítima : Invólucro

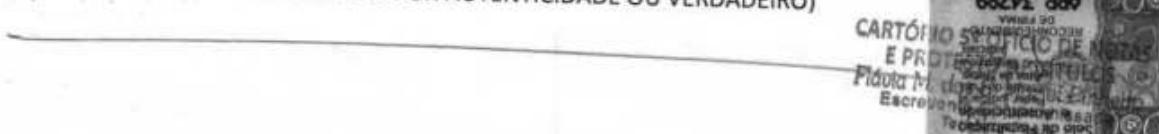
LOCAL / DATA : Teresina - Piauí 25/03/19

COCAL / DATA : Duesima fisiuri 25/03/19

~~Ernesto Alvaro Ferrera Latorre~~

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRAO)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0157546/19

Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

CPF: 066.059.163-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Seguradora: INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA : 066.059.163-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 10/05/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 30

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: 06/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000092976-9

Nr. da Autenticação F16236E5ADF9CF35



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 31



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

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190317171 Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 10/02/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

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, contados 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

Carta n° 14293897



B222 00111/00112 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253080 Pág. 32



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

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190317171 Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 10/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

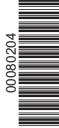
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00407/00408 - carta_02 - INVALIDEZ



00080204

Carta nº 14326389



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 33



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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190317171 **Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA**

Data do Acidente: 10/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

00030342

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190317171 Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 10/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000092976-9

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	066.059.163-44	Francisco Kleyton Ferreira Lima		
Nome completo:	<i>Francisco Kleyton Ferreira Lima</i>			
Profissão:	Enderéco:	CPF:	066.059.163-44	
Servente	Rua Lourenço Mesquita	Número:	1133	Complemento: Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	PI	CEP: 64012-430
Ag. Manu da Credpi	Teresina	Tel.(DDD):		
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3004

CONTA: 92976

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

DCPA77

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

CONFUNDO MÍTICO
VERIFICADO

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):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

03 JUN 2019

GENTE SEGURADA

Centro Médico São Paulo, Rua Presidente Vargas, 465 - Loja 6

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nasciturto (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Impressão
digital da
víctima ou
beneficiário
devidamente

Local e Data, Teresina - Piauí 29/05/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424

Número do documento: 2006151402040880000009738424



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 38

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	066.059.163-44	Francisco Kleyton Ferreira Lima	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: <i>Francisco Kleyton Ferreira Lima</i>		CPF: <i>066.059.163-44</i>	
Profissão: <i>Servente</i>	Endereço: <i>Rua Lourenço Mesquita</i>	Número: <i>1133</i>	Complemento: <i>Casa</i>
Bairro: <i>SA Manu de Codip</i>	Cidade: <i>Teresina</i>	Estado: <i>PI</i>	CEP: <i>64012-430</i>
E-mail:	Tel.(DDD): <i>(86) 99534-6565</i>		

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: *2004* CONTA: *92976* *9*

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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.

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):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

mr
10 MAI 2019

RENTA SEGURADORA S.A.
CNPJ 00.000.000/0001-00
Loja C
Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro - Teresina - PI - 64000-000
Fone: (86) 3222-1700

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, de acordo com o artigo 299 do Código Penal, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: *Teresina - Piauí 22/04/19*

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Já é de conhecimento da Seguradora Lider que o beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

ÁREA ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 40

**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: 3190317171
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Kleyton Ferreira Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Lourival Mesquita, 1133
Santa Maria da Codipi Teresina PI CEP: 64012-430
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3418214
Data local do acidente: [10/02/2019]
Data local do exame: [21/05/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-TRAUMA FACIAL
-LACERACOES E ESCORIACOES
-FRATURA OBLIQUA NO CONDILo MANDIBULAR A ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: RECONSTRUCAO CIRURGICA EM REGIAO DE FACE
Complicações: DANOS FACIAIS
Data da Alta: 10/03/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALEIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (décits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DANO FACIAL COM DOR EM FACE, COM CEFALEIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME.
APRESENTA INDICE DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO LEVEMENTE PREJUDICADO, COM DOR NA MOVIMENTACAO DA MANDIBULA DURANTE UM MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPACAO LATERAL E ALTERACOES NA FUNCAO DA ATM A PALPACAO DOS MUSCULOS MASTUGATORIOS.

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 (*).

() "Vítima em tratamento" **() "Sem sequela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias
(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): **Região Corporal (Sequela):**
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: **() 10% residual (X) 25% leve** % do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo **() 50% médio () 75% intensa () 100% completo**

Região Corporal (Sequela): **Região Corporal (Sequela):**
% do dano: **() 10% residual () 25% leve** % do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo **() 50% médio () 75% intensa () 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

Frederico Foneca de Oliveira
Dr. Frederico Foneca de Oliveira
CRM/PI - 5058



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 41



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001071/2019-06

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 22/03/2019 - 10:16

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

10/02/2019 - 22:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

518847

Bairro

Município

TERESINA

POVOADO

Endereço

AV. POTY VELHO, N°:

Ponto de Referência

Complemento

CHURRASCARIA ANCHIETA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CLEIDIANE FERREIRA LIMA

RG: 2995365 PI

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Mãe: ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA

Pai: ANTONIO DOCA FERREIRA

Endereço: Q-108, C-20, N°

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8852-6305

Nome: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

RG: 3418214 PI

Mãe: ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA

Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA, N° 1133

Bairro: SANTA ROSA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE, IRMÃ DA VITIMA, RELATA QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NIP-2108-PI, COR PRETA, RENAVAM 182575969, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO CAIU AO DESVIAR DE ANIMAIS NA PISTA. FOI SOCORRIDO POR CARLOS HENRIQUE VAZ DA SILVA, QD-108, CS-20, JACINTA ANDRADE, E LEVADO PARA O HOSP. MARIANO GAYOSO C. BRANCO, DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 198681). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


CLEIDIANE FERREIRA LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

066.059.363-44 Francisco Kleyton Ferreira Lima

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

Nome completo:

Profissão:

Servente

Endereço:

Rua Irminal Mesquita

Bairro:

STA Maria da Codipi

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

64012-430

E-mail:

Tel. (DDD):

(86) 99534-6565

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 92976

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

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

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Teresina - Piauí 22/04/19

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
D ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424

Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 43

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 516001965	Nº REGULAÇÃO: 60423	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5973457 - UNIDADE MISTA DE SAUDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO - (86) 3217-3267		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA		NASCIMENTO: 09/06/1993

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE DE 26 ANOS DEU ENTRADA NA UNIDADE VITIMA DE TCE APÓS ACIDENTE COM MOTOCICLETA. AO EXAME: ACV EM 2T, BNFAP MV + SEM RAPA; 160 X 110 MMHG PRESENÇA DE MULTIPLAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM REGIÃO CEFALICA E FACE COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

DIAGNÓSTICO(CID): OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 160x110(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 104bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA:
--	-------------------------------	-----------------------	----------------------------

GLICEMIA: 163mg/dL	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:
---------------------------	---------------------------------	-------------------

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATODIPRONA



DATA:	10/02/2019 23:50:37
--------------	---------------------

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

OBS:	O paciente continua com vaga reservada no estabelecimento de origem até a data 11/02/2019 e horário 03:37h. Caso seja necessário internar o paciente no estabelecimento de destino, o mesmo deve contactar o estabelecimento de origem para registro da alta.
-------------	--

17.577.205/0002-18
HOSPITAL MARIANO CASTELO BRANCO
Avenida Francisco Nogueira S/N - Santa Rosa
CEP: 64012-000
Teresina - PI





AGUAS DE TERESINA SAN. SPE SA
Telefone: 0800 223 2000
CNPJ/MF 27.157.474/0001-06
AVENIDA ODILON ARAÚJO, 1035
TERESINA (PI) CEP 64017-280

Matrícula: 13694944-4
 Fatura nº: 1829563
 Referência: 12/2018
 Data de Vencimento: 07/01/2019
 Valor: R\$ 175,67

Data de Emissão: 08/01/2019
 Hora de Emissão: 10:44:13

DADOS DO CLIENTE

MORADOR: ANTONIO DOCA FERREIRA DA SILVA
 RUA IOURIVAL MESQUITA, 1133-STA MARIA DA CODIPI-TERESINA-PI-
 cep 64012430

MATRÍCULA: 13694944-4

GRUPO: 18

LOCALIZAÇÃO: 018-00038-001120

HIDRÔMETRO: Y14N302281

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial Normal

HISTÓRICO DE CONSUMO

Referência	Tipo	Leitura	Lido	Faturado	Data
06/2018	Lido	1284	23	23	
07/2018	Lido	1306	22	22	
08/2018	Lido	1334	28	28	
09/2018	Lido	1356	22	22	
10/2018	Lido	1383	27	27	
11/2018 (Anterior)	Lido	1407	24	24	27/11/2018
12/2018 (Atual)	Lido	1426	19	19	26/12/2018

Data Aprox. Próx. Leitura 28/01/2019

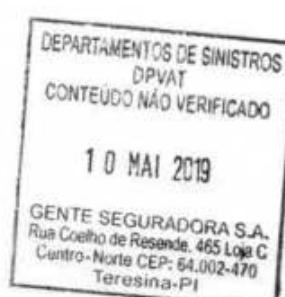
Dias de Consumo: 29

Média Consumo Diário (m³): 0,8621

Média Consumo Mensal (m³): 25

FATURAS PENDENTES

Referência	Vencimento	Valor (R\$)



DESCRIPÇÃO DOS ITENS FATURADOS	Valor (R\$)
VALOR REFERENTE ÁGUA - 72,22	
> Residencial Normal 19m³ 72,22	
JUROS DE FINANC. PARCELAMENTO 002 4,93	
JUROS DE PARCELAMENTO 002/005 3,35	
MULTA DO PARCELAMENTO 002/005 1,58	
PARCELAMENTO 002/005 93,59	
Demais Lançamentos 0,00	
TOTAL A PAGAR 175,67	

MENSAGEM

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 08/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incide os seguintes tributos: PIS e COFINS.

A ÁGUAS DE TERESINA DESEJA UM FELIZ NATAL E UM PROSPERO ANO NOVO! ..

LEI 12.741/2012

PIS/PASEP = 0,00 * 1,65% = 0,00
 COFINS = 0,00 * 7,60% = 0,00

*** NOTIFICAÇÃO ***

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/96, Art.6, §3º, inciso II.

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA/MÊS	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	3.122	3.100	22	1,33	0,2-5,0 mg/l
Cor Aparente	3.102	3.094	8	3,19	Interior a 15
pH	3.119	3.074	45	8,82	8,00-9,80
Turbidez	3.128	3.101	27	0,99	Interior a 5
Coliformes Tp	993	992	1	Ausência	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA/MÊS	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	993	993	0	Ausência	Ausente

O pagamento desta fatura após o vencimento implicará em aplicação de multas e juros que serão cobrados na próxima fatura.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54
<http://tjpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>
 Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 45



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-88 | Inscrição Estadual: 19.301.363-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série: B-1
Regime especial de reajuste autorizada pela SEFAZ 05/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

19573937

DATA MÊS
MARÇO/2019

VENCIMENTO
02/04/2019

Nº da Nota Fiscal 019573937

A Técnica Social da Usina Técnica - TSE, foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) 243 TOTAL A PAGAR (R\$) 250,50

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

CENTRO NORTE

ROT: 17.001.31.11.020500

DADES DA LEITURA

	ATUAL	DATAS DA LEITURA
Atual:	19968	Atual: 26/03/2019
Anterior:	19725	Anterior: 22/02/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura: 25/04/2019
Consumo Medido:	243	Emissão: 25/03/2019
Consumo Faturado:	243	Apresentação: 26/03/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo: 32
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	CONSUMO	DESCRÍPCAO DA CONTA	
FEV/19	297	243 A R\$ 0,927609 =	225,40
JAN/19	365	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	18,18
DEZ/18	57	CORRECAO MONETARIA IG 02/19-00	0,01
NOV/18	0	MULTA POR ATRASO 02/19-00	5,68
OUT/18	96	JUROS POR ATRASO 02/19-00	1,23
SET/18	299		
AGO/18	232		
JUL/18	184		
JUN/18	288		
MAI/18	211		
TOTAL SEM TRIBUTOS:			
	243		

TRIBUTOS SEM TRIBUTOS:

243 - 0,623650

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 25/03/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode sair pelas datas de vencimento da sua fatura (não dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25), entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 18A4-D38B-6D2A-C8BF-8015-0A8B-8C3D-47FE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	43,75	Base de Cálculo:	225,40
Energia:	84,50	Aliquota ICMS:	164,54
Transmissão:	14,30	Valor do ICMS:	27,00%
Encargos:	9,01	Valor do PIS:	60,85
Tributos:	73,84	Valor do COFINS:	2,32
		Valor do PIS:	1,41%
		Valor do COFINS:	6,49%
			10,67

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito(a) no CPF/CNPJ 840.133.173/91 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Francisco Kleyton Ferreira Lima inscrito(a) no CPF sob o Nº 066.059.163/44 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Francisco Kleyton Ferreira Lima inscrito(a) no CPF sob o Nº 066.059.163/44 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso APRESENTAR OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS:
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>		Estado	<u>PI</u>
Email				Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 22 de Abril de 2019
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Dorival Guilherme Costa

RG nº 1.341.502, data de expedição 04/08/17

Órgão Secretaria de Segurança Portador do CPF nº 7056 7824 349

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua - Braz Honório, nº 1328

complemento Cesar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Francisco Kleyton Ferreira King, cujo o condutor era

Francisco Kleyton Ferreira King.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 Fan KS Ano: 2009 2010

Placa: NEP 2108 Chassi: 9C2JCUU0AR553567

Data do Acidente: 10/02/19

Local e Data: Teresina 19/02/19

Dorival Guilherme Costa

Assinatura do Declarante



DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Endereço: Rua Coelho de Resende, 465 Centro - CEP: 64002-470 - Teresina-PI - Fone: (086) 3221-0119 - Email: teresina@genteseguradora.com.br
Julia: Anaílton Gomes de Sampaio Ferreira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DORIVAL GUILHERME COSTA, DOU FÉ, EM TESTE, DA VERDADE.
TERESINA-PI, 19/02/2019.
www.tjpi.jus.br/portalextra

JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrivente Autorizada
Emol.: 3,85 TJ: 10,77 FNMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 295
DECLARAÇÃO

CARTÓRIO THIMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Julia de Castro Cardoso
Escrivente Compromissado
Teresina - PI