

Controle de docum x Audiências x Controle de docum x PJ Consultar processo x PJ 0808564-27.2020.8.18.0140 x 0813699-20.2020.8.18.0140 x Baixar o arquivo | x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=494810&ca=b8106bb0f93e890dbdf7fd93c37e4d4d6ae...

Apps Processo Virtual Na... sAdministrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

**PJE** ProceComCiv 0808564-27.2020.8.18.0140  
JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

10681192 - CONTESTAÇÃO (2732075 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/07/2020 12:11:53

08 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10681192 - CONTESTAÇÃO (2732075 CONTESTACAO 01)
- 10681352 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 10681356 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 10681358 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 10681360 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELAÇÕES (SUBTABELAÇÃO)

12:11

downloadBinario.seam 1 / 10

2732075- CS/ 2020-02472/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08085642720208180140

PT 12:13 08/07/2020



Número: **0808564-27.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1º Cartório Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **30/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10681352	08/07/2020 12:11	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

NOME: <u>Jose De Jesus Da Silva Nunes</u>		
RG: <u>1.448.746</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPIPI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>28/08/13</u>
CPF: <u>758.321.433-53</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>	PROFISSÃO: <u>motorista</u>
ENDEREÇO: <u>RS Francisco Trindade s/n QD C-23</u>		Nº: <u></u>
COMPLEMENTO: <u>casa</u>	BAIRRO: <u>urbano</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u></u> TELEFONE: <u></u>

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

NOME: <u>Nelle Roge Soares Marques</u>		
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPIPI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>recusado</u>
ENDEREÇO: <u>Rua 2ª De Janeiro</u>		Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>Centro</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u> CEP: <u>64000-235</u>

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 DESTA MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Jose De Jesus Da Silva Nunes

Data do acidente de trânsito: 28/08/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina PI, 13.9.2019

Jose De Jesus Da Silva Nunes

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

WILSON THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º Ofício de Notas  
Alessandro Alves de Sousa  
Escritor Autorizado  
Teresina - PI

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES, DOU FE. EM TEST. DA VENDED. Selo: A16394-7477  
www.tjpi.jus.br/portalexta.  
ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCRITÓRIO AUTORIZADO  
EML: 3,85 IO: 0,77 FPM: PI: 0,10 Selo: 26 Total: 4,98 - 02.11.17  
Procuração Particular



Imp: 18/08/2019 20:49:36

(User: MAXWELL SANTOS)

(Estação: GERENCIAMENTO)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 134436	
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai:		
End.Resid.: QD. X, CS. 23, RES. FRANCISCA TRINDADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99963-1428
Responsável: MILDIA - ESPOSA	CNS:		
Profissão:	Documento: Reg.Nasc: SEM DOCUMENTAÇÃO		
S. Instrução: NÃO informado	E.Civil: Ignorado		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 176634	Entrada: 18/08/2019 20:47:14	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA DE MOTO			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
--------------------------------	----------------	-----------------

Breve História Clas. Risco:

HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES  
ENTREGUE  
Documento Conforme Original  
! THE 02/09/19  
Selo de Autenticidade

SSVV:

(Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

peso: Kg Altura: M IMC: Kg/m<sup>2</sup> Pulso: bpm Pressão: mmHg

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

- Paciente vítima de acidente motorcyclístico há 40 minutos. Refere ter se chocado contra manilha de cimento. Ausente escoriações em face, tórax e membros. Apresenta confusão mental. Ao exame JCG = 14. Eucólicas, epréico. Abdome inocente.

CTD:

## Exames Complementares:

- Rx do Tórax: / TC de Crânio + encefalo +  
- Fratura de mandíbula, costela, neurologista no HVT.  
(verificar @).

## Prescrição Médica:

①. Tranex + 500mg + 500mg + 500mg + 500mg  
= 80pts / min. Preenchida Solução de água  
Dr. Aderson Aragão Moura  
Gastroenterologia / Coloproctologia  
CRM - PI 4115

## Motivo da Alta/Encerramento:

nada dominas  
HVT (sem urgência).  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável





NOME DO PACIENTE: JOANA LUISA MENDES DE MESQUITA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 47390

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

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

- Neurocirurgia - OK  
- Buco-Maxilo: OK  
\* Cirurgia Geral OK

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	Prontuário:	341441
Mãe:	FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai:	RAIMUNDO DA SILVA NUNES
End.Resid.:	QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	22/02/1975	Idade:	44a5m24d
Sexo:	Masculino	Fone:	96 3218 5445
Responsável:	MILDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES	CNS:	704509364518910
Profissão:	MOTO TAXISTA	Documento:	CPF: 758.321.433-53
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Casado(a)

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	736799	Entrada:	18/08/2019 23:50:00	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)						

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEIXAS	Déficit neurológico novo	Amarelo
Breve História Clas. Risco: ACIDENTE DE MOTO DE ALTO IMPACTO, DESORIENTAÇÃO, VÔMITO, EPISTAXE, RAIOS X EVIDENCIAM TRAUMA DE MANDÍBULA, TRAUMA DE BASE, ORBITA ESQUERDA E COSTAL A DIREITA, NEGA ALERGIA, NEGA OUTRAS PATOLOGIAS, NÃO FEZ USO DE MEDICAMENTOS		FRANCISCO ALEXANDRE DE SOUZA COORDENADOR DE RISCO Em: 19/08/2019 23:54:07

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**  
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE DUAS HORAS. MENCIONA USO DE CAPACETE, MAS O MESMO FOI SACADO DURANTE O OCORRIDO. RELATA PERDA MOMENTÂNEA DA CONSCIÊNCIA, NEGANDO VÔMITOS, OTORRÉIA OU RINORRÉIA.  
VEIO TRANSFERIDO DO HOSPITAL BUENOS AIRES PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA, JÁ PORTANDO RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA, ONDE O MESMO CITA REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CRÂNIO E TORAX, EVIDENCIANDO FRATURA DE FACE, SEM COMROMETIMENTO COSTAL A DIREITA.  
A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSCICA SEM COLAR CERVICAL OU FRANCHIA RÍGIDA  
B) MURMÚRIO VESICULAR DIMINUÍDO A DIREITA, PULSO: 76.BPM, SAT 02:97 O<sub>2</sub>RR, 2T, SNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA 120x80mmHg, ABDOME INOCENTE. D) PACIENTE ENCONTRA-SE COLABORATIVO E ORIENTADO. E) ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

Diagnóstico Inicial:	CID: S02.4 P: 0404020526
Exames Complementares:	(1287567) - T.C. DE CRÂNIO (1287568) - T.C. DE FACE (1287570) - T.C. DE TORAX

**Prescrição Médica:**  
SOLICITO EXAMES COMPLEMENTARES E AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROCIRURGIA E CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL), SEM COMO REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL.

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
Observação (Adulto)	CONFERE COM O ORIGINAL	

Assinatura Paciente ou Responsável: *Solicito contato com Buco-Maxilo através da telefonista p/ avaliação*  
Assinatura Médica: *Antonio Gilberto Albuquerque*  
DATA: 18/08/2019 HORA: 23:50  
MATERIAIS: 12890  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL







HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 18/08/2019 23:54:01

(User: ALEXANDRO ISIAPIRA)  
(Estação: ACCR01)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

NHEO 10:10  
20/8/15

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 341441
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES	
End.Resid.: QD X CASA 23 - SANTA MA. COOPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino Fone: 86-99407-7747
Responsável: MYLDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES	CNS: 704509364518910	
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 758.321.433-53	
G.Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 736799	Data: 18/08/2019 23:50:00	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Déficit neurológico novo	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: ACIDENTE DE MOTO DE ALTO IMPACTO, DESORIENTAÇÃO, VÔMITO, EPISTAXE, RAIO X EVIDENCIA TRAUMA DE MANDIBULA, TRAUMA DE BASE, ORBITA ESQUERDA E COSTAL A DIREITA, NEGA ALERGIA, NEGA OUTRAS PATOLOGIAS, NÃO FEZ USO DE MEDICAMENTOS		Profissional Clas. Risco: FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO COREM 14765 PI Em: 18/08/2019 23:54:01	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: 06:30)

# Ex. geral - paciente vítima de acidente de moto.  
ao ex. hemodinamicamente estável, em regular estado  
geral, eufórico em ambiente. pul. 70 bpm simétrico  
alveolar cardiopulmonar normal bilateralmente. Abdom.:  
macio, indolor, sem VMB ou DJV. TC de tórax com  
pneumonia? opacidade de costelas? sem pneumo/hemotórax.  
A Ed: alta de cir. geral. sol. avaliação da ortopedia.

PA: X mmHg	Pulso: bpm	FC: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial:			CID:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Atendimento: 06:30  
Dr. Ricardo Valença  
Dr. Ricardo Valença  
Dr. Ricardo Valença

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: :	Se Internação, indique o Procedimento e CID
DATA: / /		Procedimento
HORA: :		CID

Mylda Domingas  
natureza Paciente ou Responsável

Dr. Ricardo Valença  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3786 - TEOT: 1140  
Tel: (86) 9881-1140

Assinatura - Profissional Médico  
Joana Luiza Mendes da Mota  
Médica - HUT  
CONFERE COMO ORIGINAL





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

Prontuario:

**341441**

Internação:

245603

## RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES</b>				
End. Resid.: <b>QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI</b>				
Cidade: <b>TERESINA - PI</b>				
CEP: <b>64000-010</b>				
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	12/02/1975	44a5m26d	Casado(a)	MOTO TAXISTA
Admissão:	G. Instrução:	Fone:	Cartão SUS (CNS):	Procedência:
19/12/2014	Não informado	86-99407-7747	704509364518910	TERESINA
Pai: <b>RAIMUNDO DA SILVA NUNES</b>			Mãe: <b>FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA</b>	
Responsável: <b>MILDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES</b>				
End. Responsável: <b>QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI</b>				
TERESINA - PI				
Documento: CPF: <b>758.321.433-53</b>				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):				
ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data:	Hora:	Data:	Hora:	
20/08/2019	16:26	21/08/19	09:20h	CENTRO CIRURGICO
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: <b>0404020550 - OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA</b>				
CID 10: <b>S026 - Fratura de mandíbula</b>				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento:				
CID 10:				
Tratamento Realizado:				
<i>Intervenção de fixação de simples mandíbula</i>				
Exames Realizados:				
<i>TC e Rx</i>				

**Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.**

*Dr. José Carlos O. Gomes Filho*  
Cirurgia Búco-Maxilo-Facial  
Implantodontia

Data





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>José de Jesus da Silva Nunes</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de mandíbula</u>		
Operação - Tipo <u>Redução + fixação de mandíbula</u>		
Cirurgião <u>Carlos Eduardo</u>	1º Assistente <u>Denis</u>	
2º Assistente <u>Wesley</u>	3º Assistente <u>Aguiar</u>	
Instrumentador(a) <u>Renata</u>	Anestesista <u>João</u>	Anestesia <u>Gasol</u>
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>20/08/19</u>	Início <u>15:00</u>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>Fratura de mandíbula</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Ø

Acidente Durante a Operação

Ø Não houve

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

- 1- Exatidão anatómica
- 2- primeira extração e remoção de tempo
- 3- (extração) infiltração de xilo 2% com vaso
- 4- acesso submandibular @ + bloqueio
- 5- redução anatómica e fixação (02 placas e 09 parafusos de 2,0mm)
- 6- Sutura por plano + limpeza de ferida
- 7- Curativo

João Luis Mendes de Mesquita  
Métrico: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Mod. 76 HUT



19.08.19 - 00:30 - Neurocirurgia - Acidente

de moto sem capacidade, ingesta de bebida alcoólica.

Ao exame: consciente, orientado, Glasgow 15, edema  
de hemiface direita principalmente orbital direita,

sangramento orofaríngeo, movimenta os quatro mem

Tr de cranio: sem afecção neurocirúrgica.

Con: Alta da neurocirurgia

• Avaliação da buco, cirurgia geral

Dr. Leonardo Moura  
Neurocirurgia  
CRM - R. 367

Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
Matrícula 47380  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

02:45h - Solicito novamente à telefonista, contato com Cirurgia Buco  
maxilo pl avaliação do paciente.

Jucilene Aguiar de Silva  
Enfermeira  
COREN - PI 177.884

03:05 - Feito novo contato com a telefonia para solicitar presença  
do bucomaxilo para avaliação do paciente.

Isaac Alcofora  
ENFERMEIRO  
COREN-PI 325.29

CTBMF 19/08/19 às 04:23. CID: S02.6  
COD: 0404020500.

Paciente vítima de acidente motociclístico, orientado,  
Ao exame físico foi observado escoriação na face, lesão  
no arco pupilar (1), mucosa do lábio inferior sem abertura  
labial eficiente, apresentando apenas 2 dedos para abertura  
exame de imagem o paciente apresentava fratura  
mandibular localizada na parasinfise, com deslocamento  
fratura com comunicação da buco após avaliação

Márcia Sobrinho  
Enfermeira  
COREN-PI 325.29

#CTBMF# 19/08/19 07:50

Paciente vítima de acidente motociclístico  
apresentou ao exame TC de face fratura de  
sínfise mandibular com indicação de redução  
e fixação interna rígida.

Conduta: Internação e posterior cirurgia

Dr. Ednaldo de Souza Coutinho  
Cirurgião Geral  
CRM-10000

Dr. Ednaldo de Souza Coutinho  
Cirurgião Geral  
CRM-10000

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HDT  
CONFERE COM O ORIGINAL





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

3  
24155

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>245603</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES			6 - Prontuário: 341441
7-CMS: 704509364518910	8-Nascimento: 22/02/1975	9-Sexo: Masculino	CPF: 758.321.433-53
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	12-Fone: 86-99407-7747		
13-Resp: MILDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES	14-Cor: Parda		
15-End: QD X CASA 23 - SANTA MA. COBIPI - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u>			
Dr. (Médico), lesão			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
12 de Fone, procedimentos cirúrgicos 523 Análise Gen.			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
12 de Fone			
<u>23-Diagnóstico Inicial:</u>		24-CID Prim:	25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:
Fratura de mandíbula		S026	

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0404020550</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA</b>	Tempo SUS: <b>3</b>
29-Clinica: <b>02</b>	30-Caráter: <b>01</b>	31-Docum.: <b>CPF: 957.650.423-68</b>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b>	34-Data Solicitação: <b>20/08/2019</b>	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM): <b></b>

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Assinatura do Profissional Autorizador: <b>João Luís Mendes de Mesquita</b> 51-Assinatura do Profissional Autorizador: <b>ANTÔNIO SURIVAN</b> 52-Assinatura do Profissional Autorizador: <b>CONSULTA Local: 736799</b> 53-Assinatura do Profissional Autorizador: <b>CONSULTA SUS:</b> 54-Assinatura do Profissional Autorizador: <b>Impressão: 20/08/2019 16:26:40</b>
48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 234155
	AIH: 2219101831573
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 704509364518910	NOME DO PACIENTE JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	NASCIMENTO 22/02/1975	SEXO M	PRONTUÁRIO 341441
DOCUMENTO CPF 64000010	TELEFONE QD- X CASA 23	NOME DA MÃE FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	RESPONSÁVEL NILDA DOMINGAS	
CEP 6400010	ENDEREÇO - LOGRADOURO QD- X CASA 23	NUMERO / LOTE 23		
BAIRRO SANTA MARIA DA CODIPI	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE DUAS HORAS. MENCIONA USO DE CAPACETE, MAS O MESMO FOI SACADO DURANTE O OCORRIMENTO. RELATA PERDA MOMENTANEA DA CONSCIENCIA, NEGANDO VOMITOS, OTORRHEIA OU RINORRHEIA. VEIO TRANSFERIDO DO HOSPITAL BUENOS AIRES PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA, JA PORTANDO RELATORIO DE TRANSFERENCIA, ONDE O MESMO CITA REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CRANIO E TORAX, EVIDENCIANDO FRATURA DE FACE, BEM COMO EM REGIÃO COSTAL A DIREITA. ESCORLAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

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

EXAME DE IMAGEM : TC DE CRANIO E FACE

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL 5026 - FRATURA DE MANDIBULA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

6404020550 - OSTEOSINTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDIBULA

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LAURINDO DE SOUSA BRITO JUNIOR CPF: 0655977353 CRM:
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 18/08/2019
DATA ADMISSÃO 18/08/2019 23:50	DATA ALTA 21/08/2019 08:00
	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07309400382 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 10/10/2019 15:46:39 CPF: CRM: DATA ANALISE:
--	---

#### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47899  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20 / 08 / 19

NOME DO PACIENTE:	José de Jesus da S. Nunes	PRONTUÁRIO Nº:	343443
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	João	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Carlos Eduardo	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Genal	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Residente	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI n° 35	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5 a 6,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	-		PVPI DE GERMANTE	ML	-	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		TOT n° 7,0		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	/			Enxertos = 04			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	/			Bisturi Eletroco Monofásico = 03			
CAT. GUT. CROMADO C/AG	/			Microscópio = 30 cm			
CAT. GUT. CROMADO S/AG	/			Aço Flex n° 4 = 03			
ALCOFIL	/						
MONONYLON n° 2,0	03						
FITA UMBILICAL	/			ENFERMARIA:			
VICRYL n° 3,0	03			CIRCULANTE: Vândia/Viana			
PROLENE	/						

Mononylon n° 5,0 - 03

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - 1001  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812115235100000010132603>

Número do documento: 20070812115235100000010132603

Num. 10681352 - Pág. 12



PSISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME João Luis Silva Nunes IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 20/08/2019  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA osteotomia de mandíbula CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>147/92</u>	<u>137/92</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	<u>82</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>98%</u>	<u>95%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>João</u>	<u>João</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KEOUK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
Tem apnéia	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
CIRCULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>						
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90% mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO						TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA						ASS.	<u>João</u>		

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasog( ) Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POE de  
osteotomia de mandíbula; segue rotina; sem alterações; aa -  
Enferm. João  
484.168

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGEM E GRÁFICOS ( )

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED UTI ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MÉD ( )






## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>245603</b>

3-Nome:	JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES			6 - Prontuário:	341441
7-CES:	704509364518910	8-Nascimento:	22/02/1975	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA			CPF:	758.321.433-53
13-Resp:	MILDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES			12-Fone:	86-99407-7747
15-Endér:	QD X CASA 23 - SANTA MÃ. COPIPI - CEP: 64000-010			14-Fone:	86-99407-7747
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0404020550		OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA	
31-Cod.Procedimento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Solidificada:
0702050482	PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)		2
Fornecedor da OFM: BIOSÍNTESE			

38-Profissional Responsável: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	40-Tp. Documento: CPF	 Carlos Eduardo M. Batista Coordenador de Logística 41-Ass. Caminho Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 20/08/2019	40-Nº.Doc. Méd. Solic.: 957.650.423-68	

PROCEDIMENTO UNIFORME DOS AMPLIADOS GEM

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: _/_/_/	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

ANTONIO EURIVAN

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47360  
SAME - MUT  
VERE COM O ORIGINAL



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Dieta líquida pastosa			MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE BUCOMAXILOFACIAL	212	09
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO				
DATA: 21/08/13 HORA: 07:10h					
1) Dieta líquida pastosa					
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h					
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h					
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h					
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h					
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h					
ALTA HOSPITALAR					

Dr. José Carlos O. Gomes Filho  
CRM: 10.000.000-0  
OAB: 10.000.000-0  
SANTO DIONÍSIO

BUCO



PPREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Duas

NOME DO PACIENTE <i>Jose, L. Jesus Le Silva Moura</i>	PRONTUÁRIO <i>341411</i>	D. NASCIMENTO	CLÍNICA <i>202</i>	ENF. ou APT. <i>09</i>	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>2 - DTH - Exat. ur. Neurobl. en.</i>	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE <b>BUCOMAXILO</b>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <i>20/08/20</i> HORA: <i>7:00</i>	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
1) Dieta líquida-pastosa - <i>Exat. ur. Neurobl. en.</i>	<i>-10:00</i>	<i>Realizado exame em 20/08/2020</i>			
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h	<i>(20/08)</i>	<i>13:15h Exame em p/ C.E.</i>			
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h	<i>12, 18</i>				
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h	<i>14</i>				
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h	<i>12, 18</i>				
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h	<i>14</i>				
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h	<i>12</i>				
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
9) SSVV + CCGG					
<i>João Luis Mendes de Mesquita</i> <i>Marcelo 47360</i> <i>SAME - HUT</i> <i>CONFERE COM O ORIGINAL</i>					

Entreminha ao EC às 13:30h.

# SUMÁRIO DE ALTA

 <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445 TERESINA-PI CEP: 54017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02	Prontuario:
	341441
	Internação:
	245603

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES					
End. Resid.: QD X CASA 33 - SANTA M. CROMPI					
Cidade: TERESINA - PI				CEP: 64000-010	
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:	
Masculino	22/02/1975	44a5m25d	Casado(a)	MOTO TAXISTA	
Internação		Alta		Permanência	
Data	Hora	Data	Hora		
20/08/2019	16:26	21/08/19			

Diagnósticos:	Cod. CID:
CID Principal: <i>Inten. Mandibular</i>	5 0 2 6
CID Secundário:	
CID Causa Morte:	

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

*Inten. Mandibular*

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*Bom estado geral*

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: *20/08/19* Tipo: *Inten. Mandibular*

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

*Ampliação de Hb*

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar: *Joana Luísa Mendes*  
 Dr. José Carlos O. Gomes Filho  
 CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL  
 IMPLANTODONTIA  
 CRO-PI 2200  
 Matricula: 47390  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL





## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Nome:	José de Jesus do Silva Nunes			Prontuário:	343443
Idade:	44	Profissão:		Naturalidade:	
				Procedência:	
DATA	03:30 - Segue aos cuidados da equipe, aguardando parecer bucomaxilo e cirurgia geral. Feito novo contato com a telefonia solicitando a presença dos profissionais.				
19108139	04:40 - Já avaliado pelo bucomaxilo, aguarda avaliação da cirurgia geral. Feito contato solicitando profissional.				
	Isaac Alcoforado ENFERMEIRO COREN-PI 315.391				
	Isaac Alcoforado ENFERMEIRO COREN-PI 315.396				
05:52'	Realizado (cirurgia) sonda em cavidade bucal e aspiração (V). Aguarda avaliação da cirurgia geral				
	Marcia Socorro C. Rocha Enfermeira Buco Maxilo Facial CRP 01 135207-327 04.07.20				
07:30	Otorrinolaringologia. Politecnico Do ouvido (D) e de uma leve local Rx - fêmur Roda B.M.F. ou - Tala Genodo Reinício + Curativos Aty de Otorrinolaringologia Reavaliado B.M.F.				
	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Otorrinolaringologista CRM-PI 3054 / RQE 2425				
	Joana Luisa Mendes de Mesquita Médica Otorrinolaringologista SAME - HUT CONFERE COM O ROTEIRO				








## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 727281917	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 87370	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> NEUROCIRURGIA		
<b>PACIENTE:</b> JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		<b>NASCIMENTO:</b> 22/02/1975

### DADOS CLÍNICOS

<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> 18/08/2019 21:53:13 PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DE ALTO IMPACTO, COM DESORIENTAÇÃO MENTAL. RELATO DE VÔMITO E EPISTAXE. REALIZADOS RAIOS DO TRAUMA EVIDENCIANDO FRATURA DE MANDÍBULA A DIREITA, TRAUMA EM BASE ORBITA A ESQUERDA. FRATURA COSTAL A DIREITA.			
<b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b> EXAME CLÍNICO E RX DO TRAUMA			
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b> TC DE CRÂNIO E DE FACE			
<b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO			
<b>COMORBIDADE:</b>			
<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 130x80(mmHg)	<b>FREQ. CARDÍACA:</b> 100bpm	<b>SATURAÇÃO:</b> 98%	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 16rpm
<b>GLICEMIA:</b> 89mg/dL	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> 14	<b>USO DE O2:</b>	
<b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>			
<b>USO ANTIBIÓTICOS:</b>			
<b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b>			

<b>ATA:</b>	18/08/2019 22:07:54
<div> Dr. Anderson da Moura Gastrocirurgia / Coloproctologia Cirurgia Endoscópica / Endoscopia Digestiva</div> <div>MEDICO RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO / CARIMBO</div>	

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Metrôcula: 57380  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Pedagogia - Fone: 96 3219 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CBO: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799  
Requisição: 989421 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1287567 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod SIA 0206010079

Data Exame: 19/08/2019

### T.C. DE CRANIO

TECNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO CENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/08/2019

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 686.958.303-15 CRM-PI 3090  
Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 - Redenção - Fone: 86-3218-5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNES: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODOPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799  
Requisição: 989422 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1287568 Convênio: SUS

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 19/08/2019

**T.C. DE FACE**

TECNICA: EXAME FEITO EM TOMOGRAFIA MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

**RELATÓRIO:**

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- PAREDES DOS SEIOS MAXILARES E ASSALMO DA ÓRBITA DIREITA;
- PROCESSOS PTERIGÓIDES;
- SEPTO NASAL;
- PALATO DURO À DIREITA;
- REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA DA MANDÍBULA.

- HEMOSSÍNUS FRONTAL, ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/08/2019

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de M.  
Matrícula 147390  
SAME-HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Pedagogia - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.522.917/0022-02

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799  
Requisição: 989424 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1287570 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 19/08/2019

### T.C. DE TORAX

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- ATELECTASIAS LAMINARES NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/08/2019

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3080

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47360  
SAME - HUT  
COM O ORIGINAL





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 96 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799  
Requisição: 989473 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1287691 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/08/2019

### PUNHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Meticulosa: 67890  
SAME: 10/11  
CONFERE COM O ORIGINAL





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Federação - Fone: 96 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799  
Requisição: 989473 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1287692 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 19/08/2019

### MAO DIREITA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Josana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47460  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL







# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3216 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CEPX: 35.512.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)  
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 245603  
Requisição: 990122 Solicitação: 20/08/2019 Solicitante: CARLOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA  
Controle: 1288935 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 09

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/08/2019

### T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

#### RELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- PAREDES DOS SEIOS MAXILARES E ASSOALHO DA ÓRBITA DIREITA;
- PROCESSOS PTERRIGÓIDES;
- SEPTO NASAL;
- OSSOS NASAIS;
- PALATO DURO À DIREITA;
- REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA DA MANDÍBULA, ALINHADA;
- PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.

- HEMORRÁGIAS FRONTAL, ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.

- EDEMA/HEMATOMA EM REGIÃO PARAMENTONIANA, JUGAL E MALAR À DIREITA, NASAL, PERIORBITÁRIA E ZIGOMÁTICA BILATERAL.

(BRANDI SILVA)

TERESINA - PI 20/08/2019

**DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE**

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389  
Profissional Responsável

Jaqueline Luiza Mendes de Mesquita  
Membro: 47990  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES**

**DETRAN - PI** Nº 01242817088  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
EXERCÍCIO 2017

VIA 011298943353

**JOSE DE JESUS DA SILVA**

75832143353

9C2K2500HR059323

**HONDA/CG 160 START**

02E/0162CC

**PARTEC**

**PREDA**

**VENO/GRUPO**

**1 PVA**

**3 PAGO**

**SECURO**

**PRE: 000,29**

**ALIANÇA FIDUCIARIA**  
**BANCO HONDA S.A.**

**TERESINA**

**21/09/2017**

**PI Nº 012428170882** **BILHETE DE SEGURO DPVAT** 2017

75832143353

**PIU-2026**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**www.dpvatsegurodetransito.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

**011298943353** **HONDA/CG 160 START**

**9C2K2500HR059323**

**PREMIO TARIFARIO**

**033,86** **000,30** **099,12**

**004,15** **000,30** **099,12**

**DATA DE CURTIDÃO** **21/09/2017**

**SEGURO LIDER - DPVAT**

**027-2015**







COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato  
conosco, informe  
seu NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 029074335

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS  
**OUTUBRO/2019**  
VENCIMENTO  
**31/10/2019**  
CONSUMO (kWh)  
**394**  
TOTAL A PAGAR (R\$)  
**411,88**

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	21824	Atual:	24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação:	24/10/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 22 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/19	368	CONSUMO	394 A R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19	285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	30,03
JUL/19	222	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00	0,57
JUN/19	205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	0,13
MAI/19	204	MULTA POR ATRASO 09/19-00	7,18
ABR/19	178	JUROS POR ATRASO 09/19-00	1,67
MAR/19	243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	4,70
FEV/19	297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,12
JAN/19	365		
DEZ/18	57		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 094 - 0,635310

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30
Energia:	141,48	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	17,64

INDICADORES DE CONTINGÊNCIA							
	ONC			FIC			ONR
	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjunta TERESINA-MACALHA							Período de apuração: 08/2019
							LIMITE: 100,91

ROT: 17.001.31.11.020500



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0051869-7

TOTAL A PAGAR - R\$

411,88

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

31/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

83650000004 4 11880017000 3 00000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/10/2019 F.ENTR.: 09  
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010  
DT.VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812115235100000010132603

Número do documento: 20070812115235100000010132603

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rege Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José De Jesus De Silva Nunes inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 758.321.433 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima  
José De Jesus, inscrito (a) no CPF sob o Nº 758.321.433 / 53, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

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>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
					<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 14 de novembro de 2019  
(Local e Data)

Nelle Rege Soares Marques  
Assinatura do Declarante







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 758.321.433-53 4 - Nome completo da vítima: José De Jesus Da Silva Nunes

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

5 - Nome completo: José De Jesus Da Silva Nunes 6 - CPF: 758.321.433-53  
7 - Profissão: meloteiro 8 - Endereço: Rua Res Franciscoa Tronade 9 - Número: 023 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: STA Maria da Piedade 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-321  
15 - E-mail: ednanseguros@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 114036

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

03/03/20



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812115235100000010132603

Número do documento: 20070812115235100000010132603

Num. 10681352 - Pág. 31

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Imp: 18/08/2019 20:49:36

(User: MAXWELL SANTOS)

(Estação: GERENCIADENTER)

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 134436	
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai:		
End.Resid.: QD. X, CS. 23, RES. FRANCISCA TRINDADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99963-1428
Responsável: MILDA - ESPOSA	CNS:		
Profissão:	Documento: Reg.Nasc: SEM DOCUMENTAÇÃO		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 176634	Entrada: 18/08/2019 20:47:14	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): QUEDA DE MOTO			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
Breve História Clas. Risco:		Indefinido

HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES  
ENTREGUE  
Documento Completo Conforme Original  
THE 02/07/19  
Sala de Redução

SSVV:	(Hora: ____:____)						
Peso: Kg	Altura: M	IMC:	Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

- Paciente vítima de acidente motorciclístico há 40 minutos. Refere ter se chocado contra montanhão de areia. Ausente desconhecimento em face, persiste. Apresenta confusão mental. Ao exame JCG=14. EUCV de 6, expulso. Abdome inocente.

Exames Complementares:	CID:
------------------------	------

- Rx do Tronco: TC de Crânio + anelagem de Fratura de mandíbula, costela e neurologista no HVT.

Prescrição Médica:  
①. Tramadol 50mg + ①. Tilidina 100mg + 5 Fg 9x (9mg/kg) ou 2x 80pts /m. Prescrita solicitação de vaga no HVT.

Motivo da Alta/Encerramento: HVT (sem urgência).  
Milda Domingos

Dr. Aderson Aragão Moura  
Gastroenterologia / Coloproctologia  
Clínica de Endoscopia Digestiva  
CRM - PI 4115

Assinatura Paciente ou Responsável



# ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.157.400/0106 - LE 139568574  
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38  
201.906.271.01744

MATRICIA 25712519-1 FATURA Nº 152704109  
MÊS/ANO 8/2019

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR MILDIA DOMINGAS MENDES DA SILVA  
CON RES FRANCISCA TRINDADE Q---X-CASA-023-STA MARIA DA  
CODIFI-TERESINA-PI-cep:64012321

LOCALIZAÇÃO 018-00001-006590 GRUPO 018 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A121.150960

HISTÓRICO DE CONSUMO	DATA	LEITURA	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁBUA
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
07/2019	1.100	15	15
06/2019	1.100	14	14
05/2019	1.100	15	15
04/2019	1.100	12	12
03/2019	1.100	14	14
02/2019	1.100	14	14

CONSUMO MÊS MÊS 18 LÍMITE MÍNIMO 77,94m³, 65% = 1,26  
CONSUMO 77,94m³, 65% = 5,92

TÁBUA DE TÁBUAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL PAGA DE CONSUMO R\$/M³ E (R\$)	DESCRIÇÃO VALOR
10 25 5,7120 00	VALOR REFERENTE ÁGUA 76,36
25 999999 9,0610 00	> Residencial - Normal 18,0 m³ 76,36
	JUROS POR ATRASO 06/2019 0,44
	MULTA POR ATRASO 06/2019 1,14

NÃO RESIDENCIAL  
PAGA DE CONSUMO R\$/M³ E (R\$)

VENCIMENTO 30/09/2019 TOTAL PAGAR 77,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

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

NOTIFICAÇÃO  
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,  
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.087/06, Art. 6º, §3º, inciso II.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO (Livre)	2501	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
CONDUTIVIDADE	2667	2618	49	6,08	inferior a 15
PH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	inferior a 5
COLORIMETRIA TOTAL					

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1027	1025	2	Ausência	Ausente
	1027	1027	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 27/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 10:27





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, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642896

Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

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

Carta nº 15114246

Pag. 01589/01590 - carta\_01 - INVALIDEZ



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Sorrteie para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 114036 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.

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

a do Representante Legal (se houver)

13/08/2020







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100122.002790/2019-44**

Unidade de Registro: 22º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Nelson Pereira Mascarenhas Neto

Data/Hora: 19/08/2019 - 16:17

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

22º DP DE TERESINA

5603 56

Data/Hora

18/08/2019 - 19:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

MONTE VERDE

Endereço

ALAMEDA FRANCISCO NOGUEIRA, Nº:

Complemento

SANTA MARIA DA CODIPI

Ponto de Referência

PROX. HORTA

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOSÉ VINICIUS MENDES DA SILVA NUNES

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 4539813 SSP PI

Mãe: MILDIA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES

Pai: JOSÉ DE JESUS DA SILVA NUNES

Endereço: RESIDENCIAL FRANCISCA TRINDADE, Nº 23

Complemento: QUADRA-X

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9963-1428

Mandado: 000000000000000

Nome: JOSÉ DE JESUS DA SILVA NUNES

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1448746 SSP PI

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA

Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES

Endereço: FRANCISCA TRINDADE, Nº 23

Complemento: QUADRA-X, CASA-23, RES. FRANCISCA TRINDADE.

Bairro: SANTA ROSA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9963-1428

Mandado: 000000000000000

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa.

**MEIO(S) EMPREGADO(S)**

Melo(s) Empregado

1 - OUTROS.

Apreendido

Não Apreendido

**OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)**

1 - MOTOCICLETA.

Cor: Preta

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: CG 160 START

Marca: HONDA

Nº Série: CHASSI: 9C2KC2500HR059323

Identificação: PLACA: PIU-2026, THE-PI.

Complemento: RENAVAM: 01129894395. ANOS: 2017/2017

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O noticiante afirma que seu pai que conduzia a moto supracitada no endereço citado acima se chocou com monte de barro, que estava no meio do asfalto e que foram deixado por uma caçamba amarela, que danificou a moto e causa lesões no corpo de seu pai, que mesmo caiu da moto, que ele foi socorrido por uma pessoa, que acionou o SAMU, mas ele foi socorrido por um parente, que levou para HOSPITAL DA TRINDADE, que em seguida levaram para HOSPITAL DO BUENOS AIRES, daí o levou para HUT, onde

Boletim de Ocorrência emitido em: 13/11/2019 09:49 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/2







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100122.002790/2019-44**

está internado.

Jerônimo Soares Lima Júnior - Mat.  
AGENTE DE POL

JOSÉ VINICIUS MENDES DA SILVA NUNES - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parreira  
Delegada Geral de Polícia Civil  
Mat.: 136.331-7





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, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642896

Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00733/00734 - carta\_11 - INVALIDEZ

00070367



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403655/19

**Vítima:** JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

**CPF:** 758.321.433-53

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/08/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
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

#### JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES : 758.321.433-53

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: 18/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES


#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403655/19

**Vítima:** JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

**CPF:** 758.321.433-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/08/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE JESUS DA SILVA  
NUNES

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
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

#### JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES : 758.321.433-53

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: 18/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

\_\_\_\_\_  
NELLE ROZE SOARES MARQUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

\_\_\_\_\_  
Danielle Nobre de Sousa

